



Número: **0000277-48.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **06/02/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LAERCIO ARRUDA FERRAZ (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61984094	15/05/2020 15:37	2720234_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



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

Processo: 00002774820208173370

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 **LAERCIO ARRUDA FERRAZ**, 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 **26/01/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 01/03/2019.

Cumprido 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\$ 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.

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



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

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.

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

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

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

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



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue 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 irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, 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 ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

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



“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, conseqüentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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.

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

⁵art. 1º. (...)

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



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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar 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 Súmula 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,

SERRA TALHADA, 11 de maio de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há 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 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 **LAERCIO ARRUDA FERRAZ**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **SERRA TALHADA**, nos autos do Processo nº 00002774820208173370.

Rio de Janeiro, 11 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0000277-48.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **06/02/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LAERCIO ARRUDA FERRAZ (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61984096	15/05/2020 15:37	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

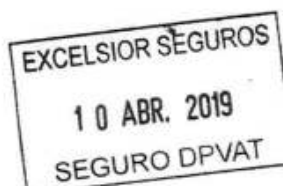
Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.445.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
LAERCIO ARRUDA FERNANZ Inscrito (a) no CPF sob o Nº 426.645.604 / 25
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LAERCIO ARRUDA FERNANZ
inscrito (a) no CPF sob o Nº 426.645.604 / 25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87-9-9998-1477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 08/04/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017



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, CARMEM LUCIA MAGALHÃES FERRAZ,
RG nº 8.041.318, data de expedição 23/11/2007
Órgão AP, portador do CPF nº 081.642.344-70,
com domicílio na cidade de SERRA TALHADA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
TV. JOSE CLAUDIO MOURATO, nº 14,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
LAERCIO ARRUDA FERRAZ, cujo o condutor era
LAERCIO ARRUDA FERRAZ.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/XRE 190 Ano: 2018
Placa: PED-7346 Chassi: 9C2MD450007007423
Data do Acidente: 26/03/2019

Local e Data: SERRA TALHADA - PE - 21/03/2019

Carmem Lúcia Magalhães Ferraz
Assinatura do Declarante

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

Maria Lúcia de Sousa
Substituta
CPF: 10.093.384-20

RECONHEÇO A FIRMA POR AUTENTICIDADE DE CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ. Dou Fé: Serra Talhada - PE, Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular. () Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Emol - R\$ 3,39. TSMR - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,00. Selo: 0074872.RSN03201901.02675 21/03/2019 10:37:59 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



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, CARMEM LUCIA MAGALHÃES FERRAZ,
RG nº 8.041.318, data de expedição 23/11/2007
Órgão AP, portador do CPF nº 081.642.344-70,
com domicílio na cidade de SERRA TALHADA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
TV. JOSE CLAUDIO MOURATO, nº 14,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
LAERCIO ARRUDA FERRAZ, cujo o condutor era
LAERCIO ARRUDA FERRAZ.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/XRE 190 Ano: 2018
Placa: PED-7346 Chassi: 9C2MD450007007423
Data do Acidente: 26/03/2019

Local e Data: SERRA TALHADA - PE - 21/03/2019

Carmem Lúcia Magalhães Ferraz
Assinatura do Declarante

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

Maria Lúcia de Sousa
Substituta
CPF: 10.093.384-20

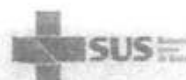
RECONHEÇO A FIRMA POR AUTENTICIDADE DE CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ. Dou Fe. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular. () Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Emol. - R\$ 3,39. TSMR - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,00. Selo: 0074872.RSN03201901.02675 21/03/2019 10:37:59 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

Paciente já trouxe CVS.



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA				Nº: 101
Data: 26.01.2019	Hora: 20:05			
Nome: <i>Walter José Mendes Gomes</i>				
Nome Social:	Profissão: <i>op. de pedras</i>			
Nascimento: 03.12.1963	Sexo: <i>M</i>	Estado Civil: <i>casado</i>		
Escolaridade: <i>2º grau completo</i>	Responsável: <i>Juliana</i>			
Mãe: <i>Helena do Carmo Mendes</i>				
Endereço: <i>Rua Antônio José dos Santos, 1815</i>				
Bairro: <i>Imbuí</i>	Município: <i>S. Paulo</i>	Fone: <i>9811-3289</i>		
Cartão SUS:	RG/CPF: <i>4052464-550-PE</i>			
Raça/Cor:	☐ Branca	☐ Preta	☒ Parda	☐ Amarela ☐ Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		☐ VERMELHO	☐ AMARELO	☐ VERDE	☐ AZUL	
Situação/Queixa:						
PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO	
História e Exame Físico: <i>Paciente vítima de queda de moto, referindo dor no abdômen. Ecob, negativo, exames Glasgow 15.</i>	
Tratamento: <i>2x de torax PA 1 ombro D. Ultrassom OPA tor. - Lúpus febre realizado - Ao ortopedista. - T. de torax.</i>	
Hipótese Diagnóstica: <i>Queda de moto.</i>	Carimbo e Assinatura: <i>[Assinatura]</i>

EXCELSIOR SÉGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Laercio Arruda Ferraz

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 9 8 0 0 3 4 1 1 0 9 1 9 3 4

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/12/1963

9 - SEXO Masc.

☒ Masc. ☐ Fem.

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

76627

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria do Carmo Ferraz

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Travessa Jose Claudio Mourato N- 14

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serra Talhada

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

P E 56900000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Lesão física ASD + de precisão
Resistência à dilatação, dor,
hemorragia nasal, olho

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de transf. sang.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Aspirado de sangue AP
hemograma 5420

EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Antonio Rodrigues de Freitas

03/03/2019

0408010150

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

Dr. Pereira de Andrade Melo

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CPF: 153.272.214-15 CRM: 6005

Médico Autorizador

MG RES

269910500131-5
02
06.02 a 08.02.19



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	DATA DA SOLICITAÇÃO: 28/01/2019 10:49
MÉDICO SOLICITANTE: ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 7351

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: LAERCIO ARRUDA FERRAZ	Nº DO PRONTUÁRIO: 533242
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 03/12/1963
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA DO CARMO FERRAZ	SEXO: Masculino
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): TRAV. JOSE CANDIDO MOURATO, 14, ABB	TELEFONE DE CONTATO:
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SERRA TALHADA	COD. IBGE MUNICÍPIO: 2613909
UF: PE	CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACT.COM FRATURA DE CLAVICULA DIREITA		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RAIO X		
DIAGNÓSTICO INICIAL: PACT.COM FRATURA DE CLAVICULA DIREITA		
CID 10 PRINCIPAL:	CID 10 SECUNDÁRIO:	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
CLÍNICA:	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA
DOCUMENTO: (X)CNS ()CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:	DATA DE AUTORIZAÇÃO:
TIPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:
MÉDICO AUTORIZADOR:	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO: (X)CNS ()CPF	COD. ÓRGÃO EMISSOR: 8958
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	

ESCLARECIMENTOS





Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 06/02/2019	Atendimento: 0009478	Quarto/leito: 202 / 2
Paciente: 00076627 - LAERCIO ARRUDA FERRAZ		
Data Nasc: 03/12/1963	Idade: 55 Anos	Sexo: Masculino
Estado Civil: Casado		
Profissão: AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai: MANOEL DE SOUZA FERRAZ		Nome Mãe: MARIA DO CARMO FERRAZ
Endereço: TRAVESSA JOSE CLAUDIO MOURATO, 14 CASA - ABBB - SERRA TALHADA - PE		
Telefones: () . / () . / (87) 8159.1621		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()		
Suicídio () Casual () Outros ()		
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: () .
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FISICO:		
<i>Doença crônica, deficiência física, alteração da marcha, uso de prótese de mão e deficiência visual.</i>		
Diagnostico Inicial: <i>FRAT. CLAVICULA @</i>		
SADT:		
Diagnostico Final: <i>FRAT. CLAVICULA @</i>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada ☒	Descição Médica ☒	Data do Internamento: <i>6, 2, 19</i>
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: <i>8, 2, 19</i>
Piorando ()	Transferencia ()	Local: <i>MA</i>
Obito + 48h ()	Evasão ()	
Obito - 48h ()	Indisciplina ()	
Obito em ____ / ____ / ____		
Hora : ____		
		Pedro Aureliano Amador de Carvalho Ortopedia / Traumatologia Ortopedia Infantil CRM-PE 12558 Méico Responsável



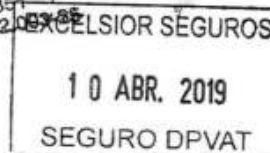


Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 06/02/2019	Atendimento: 0009478	Quarto/leito: 202 / 2
Paciente: 00076627 - LAERCIO ARRUDA FERRAZ		
Cirurgia Realizado:	N. do Procedimento:	
Osteossintese de fratura	0408040150	
Data: 07/02/19	Início:	Término
Cirurgião: ANTONIO		
1º Auxiliar: Pedro		
2º Auxiliar:		
Anestesista: Sérgio		
DESCRIÇÃO CIRURGICA:		
Sob anestesia geral, com o paciente em decúbito dorsal, após preparação da pele e antissepsia, realizou-se a abordagem por acesso anterior, com incisão em T, expondo a fratura de fêmur. Realizada a redução e fixação com placa e parafusos. Utilizado o fio KIRSCHNER para fechamento da ferida. Curativo e drenagem.		
		Assinatura do Cirurgião

Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF: 068.562.087-05



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSTITUCION DE 1934
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
LAERCIO ARRUDA FERRAZ

DOC. IDENTIDADE / C.R.G. EMISSOR / UF
2552364 SSP PE

CPF
428.645.504-25

DATA NASCIMENTO
03/12/1963

FILIAÇÃO
MANOEL DE SOUZA FERRAZ
MARIA DO CARMO FERRAZ

PERMISÃO
PERMISÃO

ATO
PERMISÃO

CAT. MAN.
AN

Nº REGISTRO
02146428500

VALIDADE
07/03/2023

INABILITAÇÃO
10/04/1996

OBSERVAÇÕES

ASSOCIATURA DO POULADOR
 LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
08/03/2017

Assinatura do Pouador
Cláudio Anderson Sousa Ribeiro
 Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR
PERNAMBUCO

82831560601
 22078139261



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABITUAÇÃO

NOME: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

DOCUMENTAÇÃO ORG. EMISSOR OF: **5840550-688-PPH**

CPF: **008.475.324-29** DATA DE NASCIMENTO: **03/05/1978**

FILIAÇÃO: **GILBERTO CARLOS DE LIMA**
A MARIA DE LOURDES MELO DE LIMA

PERMISSÃO: **02136555400** VALOR: **30/06/2024** DATA DE EXPIRAÇÃO: **18/12/2001**

OBSERVAÇÕES:
RAB
MTX

George Carlos Melo Lima

SIGNATURA DO PORTADOR: **24/07/2017**

LOCAL: **BERRA TALHADA, PE**

SIGNATURA DO EMISSOR: **23610552568**
92073966268

PERNAMBUCO

VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245

EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



12/01/19 ou 26/01/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

1421441744

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1421441744

PROIBIDO PLASTIFICAR

1421441744

1421441744

LAERCIO ARRUDA FERRAZ

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
2552364 SSP PE

CNPJ
428.645.504-25

DATA NASCIMENTO
03/12/1953

FILIAÇÃO
MANOEL DE SOUZA FERRAZ
MARIA DO CARMO FERRAZ

PERMISSÃO
RENOVADA

REC. REC. REC.

CAT. HAB.
A

N.º REGISTRO
02146428500

VALIDADE
07/03/2023

DATA EMISSÃO
10/04/1986

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
08/03/2017

ASSINATURA DO TITULAR
82831568601
28076139260

PERNAMBUCO

EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013817321901
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTRO EXERCÍCIO
1 1186474286 ***** 2018

NOME
CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ

SERRA TALHADA-PE

CPF/CNPJ PLACA
081.647.944-70 PED7346

PLACA ANT./UF CHASSI
***** SC2MD4100JRU07423

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
FAB. MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/XRE 190 2018 2018

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
22/184CL PARTIC VERDE

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
IPVA 2018 QUITADO 1ª *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA 3A OBRIGATORIO

LOCAL DATA
SERRA TALHADA-PE 28/06/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO
TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PE Nº 013817321901 BILHETE DE SEGURO DPVAT
CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SERRA TALHADA-PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 28/06/18

VIA CPF/CNPJ PLACA
1 081.647.944-70 PED7346

RENAVAM MARCA/MODELO
1186474286 HONDA/XRE 190

ANO FAB. CAT. TIR. Nº CHASSI
2018 09 SC2MD4100JRU07423

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

200-2017

ENCARGOS DO DETRAN

MULTAS DE TRÂNSITO

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

IPVA - 2ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 1ª COTA

SEGURO OBRIGATORIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS

0 ABR, 2019

SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013817321901
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTRO EXERCÍCIO
1 1156474286 ***** 2018

NOME
CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ

SERRA TALHADA-PE

CPF/CNPJ PLACA
081.647.944-70 PED7346

PLACA ANT./UF CHASSI
***** SC2MD4100JPO07423

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
FAB. MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/XRE 190 2018 2018

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
22/184CL PARTIC VERDE

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
IPVA 2018 QUITADO 1ª *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BANCO HONDA 3A OBRIGATORIO

LOCAL DATA
SERRA TALHADA-PE 28/06/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESSO
TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PE Nº 013817321901 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SERRA TALHADA-PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 28/06/18

VIA CPF/CNPJ PLACA
1 081.647.944-70 PED7346

RENAVAM MARCA/MODELO
1156474286 HONDA/XRE 190

ANO FAB. CAT. TIR. Nº CHASSI
2018 09 SC2MD4100JPO07423

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

2017

ENCARGOS DO DETRAN

MULTAS DE TRÂNSITO

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

IPVA - 2ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 1ª COTA

SEGURO OBRIGATORIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SUSP
DISQUE - SUSP
0800 021 8484
www.susp.gov.br

ATENÇÃO: O SEU VEÍCULO DEVE TER A AUTENTICAÇÃO MECÂNICA EM DIA PARA NÃO SER MULTADO.

ATENÇÃO: O SEU VEÍCULO DEVE TER A AUTENTICAÇÃO MECÂNICA EM DIA PARA NÃO SER MULTADO.

ATENÇÃO: O SEU VEÍCULO DEVE TER A AUTENTICAÇÃO MECÂNICA EM DIA PARA NÃO SER MULTADO.

ATENÇÃO: O SEU VEÍCULO DEVE TER A AUTENTICAÇÃO MECÂNICA EM DIA PARA NÃO SER MULTADO.

ATENÇÃO: O SEU VEÍCULO DEVE TER A AUTENTICAÇÃO MECÂNICA EM DIA PARA NÃO SER MULTADO.

ATENÇÃO: O SEU VEÍCULO DEVE TER A AUTENTICAÇÃO MECÂNICA EM DIA PARA NÃO SER MULTADO.

ATENÇÃO: O SEU VEÍCULO DEVE TER A AUTENTICAÇÃO MECÂNICA EM DIA PARA NÃO SER MULTADO.

ATENÇÃO: O SEU VEÍCULO DEVE TER A AUTENTICAÇÃO MECÂNICA EM DIA PARA NÃO SER MULTADO.

ATENÇÃO: O SEU VEÍCULO DEVE TER A AUTENTICAÇÃO MECÂNICA EM DIA PARA NÃO SER MULTADO.

ATENÇÃO: O SEU VEÍCULO DEVE TER A AUTENTICAÇÃO MECÂNICA EM DIA PARA NÃO SER MULTADO.

ATENÇÃO: O SEU VEÍCULO DEVE TER A AUTENTICAÇÃO MECÂNICA EM DIA PARA NÃO SER MULTADO.

ATENÇÃO: O SEU VEÍCULO DEVE TER A AUTENTICAÇÃO MECÂNICA EM DIA PARA NÃO SER MULTADO.

ATENÇÃO: O SEU VEÍCULO DEVE TER A AUTENTICAÇÃO MECÂNICA EM DIA PARA NÃO SER MULTADO.

ATENÇÃO: O SEU VEÍCULO DEVE TER A AUTENTICAÇÃO MECÂNICA EM DIA PARA NÃO SER MULTADO.

ATENÇÃO: O SEU VEÍCULO DEVE TER A AUTENTICAÇÃO MECÂNICA EM DIA PARA NÃO SER MULTADO.

ATENÇÃO: O SEU VEÍCULO DEVE TER A AUTENTICAÇÃO MECÂNICA EM DIA PARA NÃO SER MULTADO.

ATENÇÃO: O SEU VEÍCULO DEVE TER A AUTENTICAÇÃO MECÂNICA EM DIA PARA NÃO SER MULTADO.

EXCELSIOR SEGUROS

0 ABR 2019

SEGURO DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190321978

Nome do(a) Examinado(a): LAERCIO ARRUDA FERRAZ

Endereço do(a) Examinado(a): Travessa José Cláudio Mourato, 14 - Serra
Talhada/PE - CEP 56912-152

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 2552364 - SDS

Data e Local do Acidente : 26/01/2019 - SERRA TALHADA

Data e Local do Exame : 12/06/2019 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA
TALHADA/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA CLAVICULAR DIREITA

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

TRATAMENTO CIRURGICO

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO OMBRO , ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO

MAIO 2019

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

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO OMBRO DIR

LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO DIR

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

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

LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIR

LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO DIR

**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 (*).

Vide motivo do impedimento 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

OMBRO DIREITO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% 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.

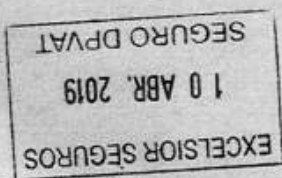


Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.122
CEM - Fone: 9.9916-0117

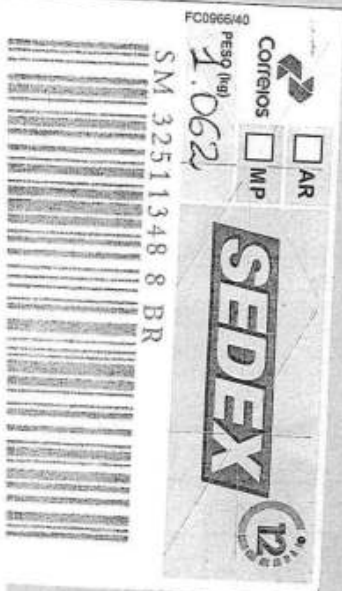
EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE



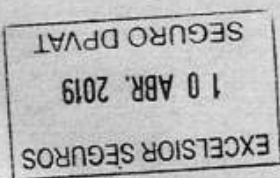
REMETENTE:
GEORGE CARLOS MELLO LIMA
RUA - ANTONIO TOME DE SOUSA Nº 593
BAIRRO SÃO CRISTOVÃO - SERRA TALHADA PE
CEP. 56.903-220



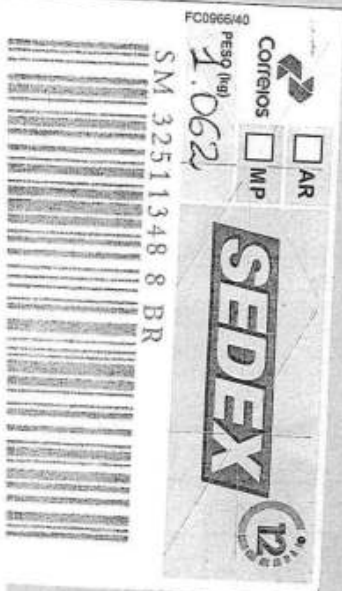
DESTINATÁRIO
EXCELSIOR SEGUROS
AV. MARAÚES DE OLINDA, 175
RECIFE PE
CEP. 50030-000
Tel. (041) 81 - 3087-9200



REMETENTE:
GEORGE CARLOS MELLO LIMA
RUA - ANTONIO TOME DE SOUSA Nº 593
BAIRRO SÃO CRISTOVÃO - SERRA TALHADA PE
CEP. 56.903-220



DESTINATÁRIO
EXCELSIOR SEGUROS
AV. MARAÚES DE OLINDA, 175
RECIFE PE
CEP. 50030-000
Tel. (041) 81 - 3087-9200



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321978 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAERCIO ARRUDA FERRAZ **Data do acidente:** 26/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula direita.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular do ombro direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura da clavícula direita.
Sem menção a fisioterapia.
Recebeu alta médica em 05/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do ombro direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do ombro direito.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321978 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAERCIO ARRUDA FERRAZ **Data do acidente:** 26/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula direita.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular do ombro direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura da clavícula direita.
Sem menção a fisioterapia.
Recebeu alta médica em 05/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do ombro direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do ombro direito.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321978 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAERCIO ARRUDA FERRAZ **Data do acidente:** 26/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (P6).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante LAERCIO ARRUDA FERRAZ,
portador(a) do documento de identidade n° 255.2364, expedido por SSP-PE,
em 08/03/2019 inscrito no CPF sob o n° 406.645.604-25, residente na
TV. JOSE CLAUDIO MOURATO, n° 14,
complemento CASA, Bairro AABB, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE. Data do acidente 26/01/2019
DPVAT cobertura INVALIDEZ.

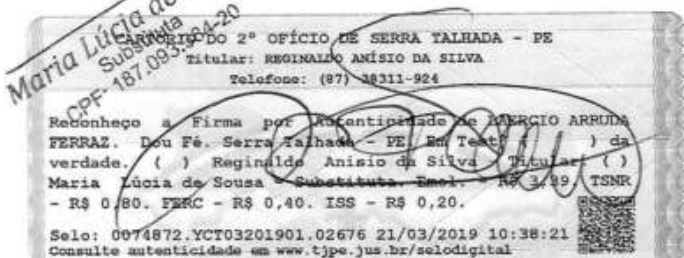
2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA,
portador(a) do documento de identidade n° 5840550, expedido por SSP-PE,
em 24/07/2019 inscrito no CPF sob o n° 008.495.324-29, residente na
ANTONIO TOME DE SOUZA, n° 573,
complemento CASA, Bairro SÃO CRISTOVÃO, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório – DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

SERRA TALHADA-PE 21 de 03 de 2019

Outorgante X

Laercio Arruda Ferraz



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

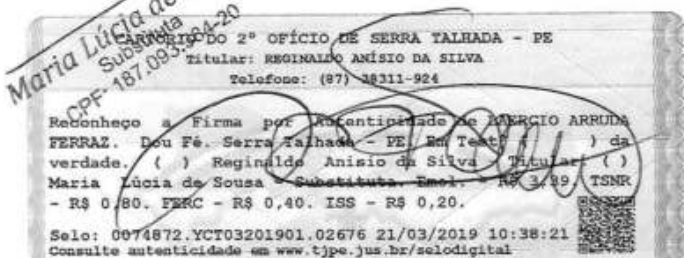
1. Outorgante LAERCIO ARRUDA FERRAZ,
portador(a) do documento de identidade n° 255.2364, expedido por SSP-PE,
em 08/03/2019 inscrito no CPF sob o n° 406.645.604-25, residente na
TV. JOSE CLAUDIO MOURATO, n° 14,
complemento CASA, Bairro AABB, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE. Data do acidente 26/01/2019
DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA,
portador(a) do documento de identidade n° 5840550, expedido por SSP-PE,
em 24/07/2019 inscrito no CPF sob o n° 008.495.324-29, residente na
ANTONIO TOME DE SOUZA, n° 573,
complemento CASA, Bairro SÃO CRISTOVÃO, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório – DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

SERRA TALHADA-PE 21 de 03 de 2019

Outorgante Laercio Arruda Ferraz



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160696/19

Vítima: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

CPF: 426.645.604-25

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

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
Outros

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

LAERCIO ARRUDA FERRAZ : 426.645.604-25

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: 14/05/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

GEORGE CARLOS MELO LIMA

RAIANNE SILVA BARBOSA





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, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321978

Vítima: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LAERCIO ARRUDA FERRAZ

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 14312408

Pag. 01013/01014 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321978

Vítima: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00515/00516 - carta_02 - INVALIDEZ

00060258



Carta nº 14339045





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, 17 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321978

Vítima: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01429/01430 - carta_02 - INVALIDEZ

00050715



Carta nº 14460916





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, 30 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321978

Vítima: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LAERCIO ARRUDA FERRAZ

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
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: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 000003636-3

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	426.645.604-25	LAERCIO ARNUDA FERNANZ
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
LAERCIO ARNUDA FERNANZ	426.645.604-25	
Profissão:	Endereço:	Número:
OP DE CAIXA	TV. JOSE CLAUDIO MOURATO	74
Bairro:	Cidade:	CEP:
AABB	SERRA TALHADA	56.900-000
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):
	PE	81.99998-1472

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

RENDA 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 POUPANÇA (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: _____	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
(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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ 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:
	Vivos: _____ Falecidos: _____	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 artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data:	TESTEMUNHAS
	Nome:	1ª Nome:
	CPF:	CPF:
(*) Assinatura de quem assina A ROGO Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2ª Nome: CPF:
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura EXCELSIOR SEGUROS 10 ABR. 2019 Assinatura SEGURO DPVAT

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

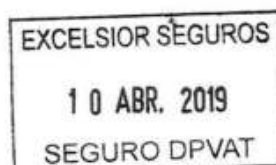
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





LAERCIO ARRUDA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267000785**

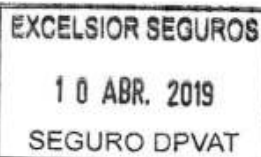
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/03/2019** às **10:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/1/2019** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR ADEMAR XAVIER, 1** - Bairro: **ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO IGREJA DA CONCEICAO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ (OUTRO)
LAERCIO ARRUDA FERRAZ (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LAERCIO ARRUDA FERRAZ**

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

LAERCIO ARRUDA FERRAZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO FERRAZ**
Pai: **MANBOEL DE SOUZA FERRAZ** Data de Nascimento: **3/12/1963** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2552364/SSP/PE (RG), 42664560425 (CPF), 02146428500 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **TECNICO AGRICOLA** Telefones Celulares:
- **87999182488**

Endereço Residencial: **TRAVESSA JOSE CLAUDIO MOURATO, 14 - CEP: 0 - Bairro: AABB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe:
VANDERLUCIA DE MAGALHAES LIMA FERRAZ Pai: **LAERCIO ARRUDA FERRAZ** Data de Nascimento: **20/5/1991**
Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:
- **87981271044**

Endereço Residencial: **TRAVESSA JOSE CLAUDIO MOURATO, 14 - CEP: 0 - Bairro: AABB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, SUPERMERCADO FAVORITO 03**

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

01/03/2019 10:38



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

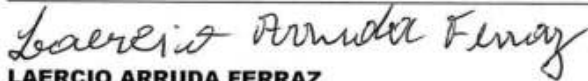
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LAERCIO ARRUDA FERRAZ**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE 190** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PED7346** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **115647428** Chassi: **9C2MD41000R007423**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTO HONDA XRE 190**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA D.P, O SR. LAERCIO ARRUDA FERRAZ, PARA NOS COMUNICAR QUE NO DIA 26-01-2019, APROXIMADAMENTE AS 19:30, SEGUIA PILOTANDO PELA AVENIDA ADERMAR XAVIER, NA MOTO HONDA VERDE, ANO MODELO 2018, CHASSI Nº 9C2MD41000R007423, RENAVAN Nº1156474288, PLACA PED7346, QUANDO PROXIMO AO FRIGORIFICO DO JOAQUIM GAMA, UM VEICULO VINHA PELA CONTRA MAO, NO SENTIDO CONTRARIO, FAZENDO COM QUE O CONDUTOR BATESSE NA TRASEIRA DE UM OUTRO VEICULO QUE SE ENCONTRAVA ESTACIONADO NA SUA FRENTE, COM A PORTA DA MALA ABERTA; COMUNICA, TAMBÉM, QUE A REFERIDA MOTOCICLETA PERTENCE A SUA FILHA, CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ, E QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPAN(HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES), QUE SEGUNDO BOLETIM MEDICO DAQUELE HOSPITAL, SOB Nº101, O PACIENTE APRESENTAVA ESCORIAÇÕES E POSTERIORMENTE ENCAMINHADO AO ORTOPEDISTA DE PLANTAO.

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



LAERCIO ARRUDA FERRAZ
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CORNELIO RUFINO FILHO** - Matrícula: **381091-7**



01/03/2019 10:38





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267000785**

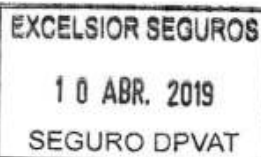
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/03/2019** às **10:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/1/2019** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR ADEMAR XAVIER, 1** - Bairro: **ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO IGREJA DA CONCEICAO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ (OUTRO)
LAERCIO ARRUDA FERRAZ (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LAERCIO ARRUDA FERRAZ

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

LAERCIO ARRUDA FERRAZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO FERRAZ**
Pai: **MANBOEL DE SOUZA FERRAZ** Data de Nascimento: **3/12/1963** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2552364/SSP/PE (RG), 42664560425 (CPF), 02146428500 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **TECNICO AGRICOLA** Telefones Celulares:
- **87999182488**

Endereço Residencial: **TRAVESSA JOSE CLAUDIO MOURATO, 14 - CEP: 0 - Bairro: AABB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe:
VANDERLUCIA DE MAGALHAES LIMA FERRAZ Pai: **LAERCIO ARRUDA FERRAZ** Data de Nascimento: **20/5/1991**
Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:
- **87981271044**

Endereço Residencial: **TRAVESSA JOSE CLAUDIO MOURATO, 14 - CEP: 0 - Bairro: AABB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, SUPERMERCADO FAVORITO 03**

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

01/03/2019 10:38



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LAERCIO ARRUDA FERRAZ**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE 190** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PED7346** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **115647428** Chassi: **9C2MD41000R007423**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTO HONDA XRE 190**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA D.P, O SR. LAERCIO ARRUDA FERRAZ, PARA NOS COMUNICAR QUE NO DIA 26-01-2019, APROXIMADAMENTE AS 19:30, SEGUIA PILOTANDO PELA AVENIDA ADERMAR XAVIER, NA MOTO HONDA VERDE, ANO MODELO 2018, CHASSI Nº 9C2MD41000R007423, RENAVAN Nº1156474288, PLACA PED7346, QUANDO PROXIMO AO FRIGORIFICO DO JOAQUIM GAMA, UM VEICULO VINHA PELA CONTRA MAO, NO SENTIDO CONTRARIO, FAZENDO COM QUE O CONDUTOR BATESSE NA TRASEIRA DE UM OUTRO VEICULO QUE SE ENCONTRAVA ESTACIONADO NA SUA FRENTE, COM A PORTA DA MALA ABERTA; COMUNICA, TAMBÉM, QUE A REFERIDA MOTOCICLETA PERTENCE A SUA FILHA, CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ, E QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPAN(HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES), QUE SEGUNDO BOLETIM MEDICO DAQUELE HOSPITAL, SOB Nº101, O PACIENTE APRESENTAVA ESCORIAÇÕES E POSTERIORMENTE ENCAMINHADO AO ORTOPEDISTA DE PLANTAO.

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

Laercio Arruda Ferraz

LAERCIO ARRUDA FERRAZ
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CORNELIO RUFINO FILHO** - Matrícula: **381091-7**

[Assinatura]



01/03/2019 10:38



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	426.645.604-25	LAERCIO ARNUDA FERNANZ
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: LAERCIO ARNUDA FERNANZ		
Profissão:	Endereço:	CPF: 426.645.604-25
OP DE CAIXA	TV. JOSE CLAUDIO MOURATO	Número: 14 Complemento: CASA
Bairro: AADB	Cidade: SERRA TALHADA	CEP: 56.900-000
E-mail:	Estado: PE	Tel. (DDD): 87.9998-1422

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

REDA 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 POUPANÇA (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: _____	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 914 1	CONTA: 3636 3
(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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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:
	Vivos: Falecidos:	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 artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Recife 10/04/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS

10 ABR. 2019

Assinatura

SEGURO DPVAT

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

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

FPS.001 V001/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	426.645.604-25	LAERCIO ARNUDA FERNANZ
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: LAERCIO ARNUDA FERNANZ		
Profissão:	Endereço:	CPF: 426.645.604-25
OP DE CAIXA	TV. JOSE CLAUDIO MOURATO	Número: 14 Complemento: CASA
Bairro: AADB	Cidade: SERRA TALHADA	CEP: 56.900-000
E-mail:	Estado: PE	Tel. (DDD): 87.9998-1422

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

RENTA 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 POUPANÇA (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: _____	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 914 1	CONTA: 3636 3
(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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Recife 10/04/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS

10 ABR. 2019

Assinatura

SEGURO DPVAT

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

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

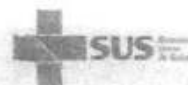
FPS.001 V001/2018



Paciente não trouxe CVS.



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



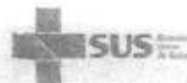
BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA		Nº: 101
Data: 20/04/2019	Hora: 20:05	
Nome: <u>Roberto José da Silva</u>	Profissão: <u>op. de pedras</u>	
Nome Social:	Estado Civil: <u>casado</u>	
Nascimento: <u>03.12.1963</u>	Sexo: <u>M</u>	
Escolaridade: <u>2º grau comp.</u>	Responsável: <u>Juliana</u>	
Mãe: <u>Helena do Carmo Lima</u>		
Endereço: <u>Rua Manoel de Oliveira, 1815</u>		
Bairro: <u>Imbuí</u>	Município: <u>S. Bento</u>	Fone: <u>9811-3269</u>
Cartão SUS:	RG/CPF: <u>9552464-550-16</u>	
Raça/Cor:	☐ Branca ☒ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL		
Situação/Queixa:		
PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:		
Medicações em uso:		
Intolerâncias/Alergias:		
Fluxograma:	Carimbo e Assinatura:	
ATENDIMENTO MÉDICO		
História e Exame Físico:		
Paciente vítima de queda de moto, sem lesões visíveis. Ecob, espúico, cianose Glasgow 15.		
Tratamento:		
20:25 Rx de tórax PA 1 ombro D. Vetam 0,5 to - hemia fenta realizado - Ao ortopedista. - Tórax.		
Hipótese Diagnóstica:	Carimbo e Assinatura:	EXCELSIOR SEGUROS 10 ABR. 2019 SEGURO DPVAT
<u>Queda de moto.</u>		



Paciente não trouxe CVS.



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA						Nº: 101	
Data: 20/04/2019		Hora: 20:05					
Nome: <u>Roberto José da Silva</u>							
Nome Social:		Profissão: <u>op. de pedras</u>					
Nascimento: 03.12.1963		Sexo: M		Estado Civil: <u>casado</u>			
Escolaridade: <u>2º grau comp.</u>		Responsável: <u>Juliana</u>					
Mãe: <u>Regina do Carmo Lima</u>							
Endereço: <u>Rua Manoel de Oliveira, 1815</u>							
Bairro: <u>Imbuí</u>		Município: <u>S. Bento</u>		Fone: <u>9811-3269</u>			
Cartão SUS:							
Raça/Cor:		Branca		Preta		Parda	
				Amarela		Indígena	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				☐ VERMELHO		☐ AMARELO	
				☐ VERDE		☐ AZUL	
Situação/Queixa:							
PA: _____ Pulso: _____ HGT: _____ T: _____ SpO2: _____ Peso: _____ Glasgow: _____							
Medicações em uso:							
Intolerâncias/Alergias:							
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:			
ATENDIMENTO MÉDICO História e Exame Físico: Paciente vítima de queda de moto, referindo dor no abdômen. Ecob, espúico, comensal Glasgow 15.							
Tratamento: Rx de torax PA 1 ombro D. Voltam o RS tor. - Lúmen fente realizado - Ao ortopédico. - T. deite.							
Hipótese Diagnóstica:				Carimbo e Assinatura:			
Queda de moto.				 Maria das Graças Costa Maia Auxiliar de Enfermagem COREN-PE: 767.334			

EXCELSIOR SEGUROS

10 ABR. 2019

SEGURO DPVAT



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:	24/06/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000003636-3

Nr. da Autenticação 5E7CAFA26B79817F





CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CONTRATO: 1.4444-0376.149-5

RECIBO DE PAGAMENTO

Dados do Mutuário

LAERCIO ARRUDA FERREZ

TV JOSE CLAUDIO NOBRE

AABB

SERRA TALHADA

PE

56900-000

426.545.604-25

Prestação do Mês Nº	056
Prazo do Fimanciamento	359
Taxa de Juros Contratual	58,5100
Índice de Reajuste Prestação no Mês	1,00000
Categoria Profissional	
Complemento	
SG RGE	MTMS
LFinanc/Gr Recursos	162 / 015
TP	310
UNO - Agência do Contrato	3491-6
Extrato de Evolução	
Saldo Devedor Teórico em R\$	667.627.2012
Juros do Mês (R\$)	114.332.68
Amortização do Mês (R\$)	513.52
Extrato de Evolução EGRS na Prestação	350.20
Saldo anterior	3.534,73
Cotação Mês	12,49
Utilização Mês	520,66
Saldo Atual	3.123,96

Descrição dos 12 Últimos Pagamentos

Prest.	Data Venc.	Data Pag.	Valor Devido (R\$)	Valor Pago (R\$)
055	9/ 3/2018	02/04/2018	1.351,42	1.328,11
056	9/ 4/2018	30/04/2018	1.343,38	1.345,38
057	9/ 5/2018	04/05/2018	1.343,36	1.390,86
058	9/ 6/2018	24/05/2018	1.342,33	1.335,41
059	9/ 7/2018	04/06/2018	1.339,29	1.385,82
060	9/ 8/2018	03/07/2018	1.338,26	1.372,28
061	9/ 9/2018	03/11/2018	1.333,26	845,24
062	9/10/2018	08/11/2018	1.330,24	535,15
063	9/11/2018	06/11/2018		1.704,77
064	9/12/2018	10/12/2018	849,56	884,82
065	9/ 1/2019	07/01/2019	807,63	853,49
			802,68	

TOTAL DA DIFERENÇA ATUALIZADA (R\$)

0,00

Demonstrativo de Encargo do Mês (R\$)

Demonstrativo	Valor
PRESTACAO	1.203,78
SEGURO	119,51
FCVS	
TAXA ADM	
TAXA OPER. MENSAL	25,00
DIFERENÇA PRESTACAO	
BONUS	
FGHAB	
FOTIS - QUOTA 04	520,66

VENCIMENTO
09/02/2019VALOR A PAGAR
R\$ 827,63

Via do Mutuário - Autenticação Mecânica

- Débito Automático em Conta: Utilize o serviço de débito automático em conta para pagamento das prestações. É cômodo e gratuito. Procure a sua agência.
- Mudança de endereço e telefone: Mantenha seu endereço e telefones atualizados junto à CAIXA. Assim, podemos atendê-lo mais prontamente sempre que você precisar.
- Canais alternativos para pagamento: Agência bancária, Rede de Casas Lotéricas, Correspondentes Bancários "CAIXA AQUÍ", Terminais de Auto-atendimento CAIXA e Internet "Banking" CAIXA.
- 2ª via do carnê: Aproveite mais esta facilidade. Obtenha a 2ª via de seu carnê pela internet, no endereço caixa.gov.br.
- Pontualidade no Pagamento: Pague em dia suas prestações habitacionais. Evite transformos o pagamento de juros por atraso.

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (Informações, reclamações, sugestões e elogios;
Ouvidoria: 0800 725 7474Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492
caixa.gov.br

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

[104-0]

10498.17990

21028.114441

44037.614987

1 77950000082763

Local de Pagamento:

Pagável em qualquer agência bancária até o vencimento, preferencialmente na CAIXA ou Casas Lotéricas.

Vencimento:

09/02/2019

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço:

Agência/Código Beneficiário

0647/817992-1

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

00360305/0001-04

CENTRO - CABO DE PE - 56180-000

Nosso Número

14028144440376149-4

Data Documento / Nº Documento:

15/01/2019 / 31019028028

Especie Doc.:

Acóde:

Data Processamento:

Uso do Banco:

Carteira:

Especie Moeda:

Quantidade:

Valor:

(-) Valor do Documento

(-) Descontos/Abatimentos

(-) Outras Deduções

(-) Mora/Multa

(-) Outros Acréscimos

(-) Valor a Pagar

827,63

Informações de Responsabilidade do Beneficiário:

Até o vencimento pagável nos Terminais de Auto-Atendimento CAIXA, Internet banking CAIXA, na Rede de Casas Lotéricas, nos Correspondentes Bancários "CAIXA AQUÍ" e em qualquer Agência Bancária.

Após o vencimento, somente pode ser pago nas Agências da Caixa, Terminais de Auto-Atendimento CAIXA, Internet banking CAIXA, na Rede de Casas Lotéricas, nos Correspondentes Bancários "CAIXA AQUÍ".

Nomes do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço:

LAERCIO ARRUDA FERREZ

426.545.604-25

TV JOSE CLAUDIO NOBRE

11

56900-000

AABB

SERRA TALHADA

PE

EXCELSIOR SEGUROS

10 ABR 2019

SEGURO DPVAT



DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOMÉ DE SOUZA 573

CPF: 288.442 044-91

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-220

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MES/ANO
1130133025	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO PROXIMA LETURA
21/03/2019	11/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	198,60

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSION
054118081	UNCA	14/03/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/03/2019	2019530115	20191371

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	228,000000	0,15250324	172,32
Contrib. Sum. Pública Municipal			8,86
ICMS Subvenção-CDE-NF 042628824-15/12/18			1,28
ICMS Subvenção-CDE-NF 048440790-14/01/19			1,34
Doação APAE - 0800 722 7723			15,00
TOTAL DA FATURA			198,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MERCADOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MIN)
		DATA 12/05/2018	LEITURA 14601	DATA 14/05/2018	LEITURA 14700		1,00000		200,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

INFORMAÇÕES DE DISTRIBUIÇÃO		Geração de Energia	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
Transmissão	R\$ 7,31	4,52%	
Distribuição (Cepac)	R\$ 36,56	21,66%	
Perdas de Energia	R\$ 19,53	8,75%	
Energia Setorial	R\$ 9,53	5,52%	
Tributos	R\$ 52,88	30,55%	
Total	R\$ 172,32	100%	

COMPARATIVO

TARIFAS APLICADAS	03/196001
MAR 18	225
FEV 18	240
JAN 18	218
DEZ 18	232
NOV 18	242
OUT 18	248
SET 18	182
AGO 18	182
JUL 18	169
JUN 18	180
MAY 18	180
ABR 18	206
MAR 18	225

00071524 JAR 18 5164 955 656-AB00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Pequeno anúncio publicado por ocasião de uma promoção, campanha ou evento, com o intuito de promover a venda de um produto ou serviço.
 Ver mais informações sobre a publicidade no site www.anp.gov.br.
 O consumidor quando for vítima de uma prática abusiva ou de uma prática enganosa, pode recorrer ao Procon ou ao Ministério Público.
 O consumidor pode cancelar a contratação de serviços de telefonia na
 fatura a qualquer tempo. Art. 7º da Lei 9.472/97.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEP 114/2011), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.mta.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO	
COLANTE	TEMPO DE APLICAÇÃO (s)	LIMITE INFERIOR (s)	LIMITE SUPERIOR (s)	LIMITE ANUAL (h)	TENSÃO NOMINAL (V) $\pm 10\%$	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
					MIN	MAX
DIC	0,00	3,30	8,60	13,20		
PIC	0,00	3,11	9,00	0,90		
DMIC	Limite DIC: 13,22	ELSD - Valor em Tensão da Unid do Sistema de Distribuição = 125,04				

EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOMÉ DE SOUZA 573

CPF: 288.442 044-91

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-220

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MES/ANO
1130133025	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO PROXIMA LETURA
21/03/2019	11/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	198,60

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
054118081	UNCA	14/03/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/03/2019	2019530115	20191371

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	228,000000	0,15250324	172,32
Contrib. Sum. Pública Municipal			8,86
ICMS Subvenção-CDE-UF 042628824-15/12/18			1,28
ICMS Subvenção-CDE-UF 048440790-14/01/19			1,34
Doação APAE - 0800 722 7723			15,00
TOTAL DA FATURA			198,80

[illegible]

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE DISTRIBUIÇÃO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS	CONSUMO (KWh)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO (R\$)	CONSUMO (KWh)
MAR 18	225	172,32	25,01	83,08	Transmissão
FEV 18	240	172,32	1,01	1,74	Distribuição (Cetpa)
JAN 18	210	172,32	4,89	8,08	Perdas na Energia
DEZ 18	230	172,32			Energia Setorial
NOV 18	242				Tributos
OUT 18	248				Total
SET 18	182				
AGO 18	182				
JUL 18	169				
JUN 18	180				
MAI 18	180				
ABR 18	208				
MAR 18	206				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Pequeno anúncio publicado por ocasião de uma promoção, campanha ou evento, com o intuito de promover a venda de um produto ou serviço.
 Ver mais informações sobre a publicidade no site www.anp.gov.br.
 O consumidor quando for vítima de uma prática abusiva ou de uma prática enganosa, pode recorrer ao Procon, ao Ministério Público ou ao Poder Judiciário.
 O consumidor pode cancelar a contratação de serviços de telefonia na
 fatura a qualquer tempo. Art. 7º da Lei 9.472/97.

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

CARGA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
COLABORANTE	FAZC APURADA	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	3,30	8,80	13,20
FIC	0,00	3,11	9,00	0,00
DICFC	Limite DICFC 12,22	ELICFC - Valor em Dólar da União do Sistema de Distribuição - R\$ 53,00		

NÍVELS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL (N)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
270	MÍNIMO MÁXIMO
3.04	

EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT





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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

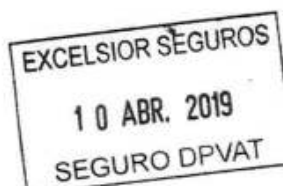
Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.445.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
LAERCIO ARRUDA FERNANZ Inscrito (a) no CPF sob o Nº 426.645.604 / 25
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LAERCIO ARRUDA FERNANZ
inscrito (a) no CPF sob o Nº 426.645.604 / 25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87-9-9998-1477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 08/04/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017

