



Número: **0001947-75.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Brejo da Madre de Deus**

Última distribuição : **05/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (AUTOR)		KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63553450	16/06/2020 10:00	2726739_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BREJO DA MADRE DE DEUS/PE

Processo: 00019477520208172480

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 **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**, 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 **04/05/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 04/07/2019.

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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 NEXO DE CAUSALIDADE

ENTRE O SINISTRO NOTICIADO E AS SUPOSTAS DESPESAS COM MEDICAMENTOS

Imperioso ressaltar que restou-se fragilizada comprovação do nexo de causalidade entre as despesas médicas supostamente realizadas e o sinistro noticiado, visto que as respectivas notas fiscais de medicamentos estão desacompanhadas de receituário médico, não havendo como afirmar que os procedimentos supostamente realizados têm indicação médica para o tipo de lesão acometida pela vítima.

Desta forma, não há razoabilidade no pagamento de despesas de procedimentos não prescritos ou que ultrapassaram o foi determinado pelo médico, além de compra de medicamentos que excedem o que foi prescrito como adequado ao tratamento pelo profissional³.

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“ACORDAM os integrantes da Egrégia 2ª Turma Recursal Mista da Comarca da Capital conhecer do recurso por ser tempestivo e, à unanimidade de votos, dar-lhe provimento, nos termos do fundamentado voto oral da Relatora a seguir transcrito. [...] **Um tratamento fisioterapêutico, complementar que é, deve ser prescrito, indicado por médico, e não há essa indicação nos autos, especialmente para se ter a certeza que a terapia realmente enfrentou problema decorrente do acidente. Os próprios recibos são extremamente lacônicos porque não dizem nem mesmo a área ou membro tratado, apenas que o serviço foi prestado referente a um acidente automobilístico ocorrido em abril de 2011. Não há certeza sequer quanto à seqüela do acidente, pois os documentos que trazem essa informação são todos resultados de declaração do próprio autor. Caso identificada a lesão de extreme de dúvida, ainda restaria saber se realmente foi ela a tratada pelos serviços de fisioterapia pagos pelo autor, pois os recibos não identificam. Apenas dizem que houve pagamento de serviço de fisioterapia relativa ao acidente. Nada obsta que o autor se apresente a um profissional, apresente lesão e diga que foi**



Com efeito, a alínea "b", art. 5º, da lei n.º 6.194/74, nesta parte não alterada pela lei n.º 8.441/92, exige a **prova** das despesas efetuadas para que haja indenização no caso de danos pessoais, conforme a seguir:

"b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente – no caso de danos pessoais"

É notório que não há documentos acostados aos autos que demonstrem os gastos alegados pelo mesmo e acolhidos como verdadeiros pelo Nobre Magistrado.

Assim, analisando detidamente os documentos carreados aos autos, não se pode afirmar a existência do nexo causal entre o sinistro noticiado e as supostas despesas com medicamentos⁴, face à ausência de prescrição médica específica e qualquer elemento razoável que permita o pagamento da indenização ora pleiteada.

Por inexistir comprovação do nexo de causalidade, requer que os pedidos sejam julgados improcedentes consubstanciados no artigo 487, I do CPC.

DO TETO INDENIZATÓRIO – DESPESAS MÉDICAS E SUPLEMENTARES – DAMS

Cumprido esclarecer que a Lei nº 6.194/74, regulamentadora do seguro obrigatório DPVAT, condiciona o pagamento da indenização securitária a comprovação das despesas médicas suplementares pelas vítimas de acidentes.

Como se observa da citada alínea "c" do art. 3º da Lei n. 6.194/74, a Lei prevê apenas o teto máximo para pagamento da indenização, mas não fixa valores a serem ressarcidos.

Regulamentando a matéria, fora editada a Medida Provisória 340/06 com posterior conversão na Lei 11.482/07, a qual estabeleceu o valor do teto indenizatório para DAMS até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais).

Desta forma, interpretando segundo regra comezinha de hermenêutica onde aduz que *"A lei não contém frase ou palavra inútil, supérflua ou sem efeito"* conclui-se que a expressão "até" delimita o valor da indenização neste teto, não havendo possibilidade de estendê-lo.

DA UTILIZAÇÃO DA TABELA REFERENCIAL

Outro aspecto não menos importante, o artigo 7, § 2º, da referida Lei determina que o CNSP "estabelecerá normas para atender ao pagamento das indenizações previstas neste artigo, bem como a forma de sua distribuição pelas seguradoras participantes do Consórcio".

consequência de um acidente, transferindo o respectivo profissional essa informação para o recibo. Por fim, ponto crucial é a falta de comprovação de indicação médica para a submissão do promovente à terapia em questão. Realmente assiste razão ao recorrente, não há nenhuma prova de nexo de causalidade entre a despesa e o acidente informados. Isto posto, voto pelo provimento do RI e reforma da sentença para que o pedido seja julgado improcedente..." (TJPB, 2ª Turma Recursal Mista da Comarca da Capital, Recurso Inominado: 3003837-44.2014.815.2001 – 1º Juizado Especial Cível da Capital – Recorrente: BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS)

⁴ "AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO DE RESPONSABILIDADE CIVIL - DPVAT. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS (DAMS). AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DO NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE O SINISTRO E DE PARTE DAS DESPESAS APRESENTADAS. Referiu o autor ter suportado despesas médicas superiores a R\$ 2.700,00 em decorrência de acidente de trânsito, ocorrido em 19-08-2012, razão pela qual pretende o reembolso a título de DPVAT-DAMS. O recorrente postulou o acréscimo de valores à indenização conferida aos gastos com a realização de terapia psicológica. Ausente o nexo de causalidade entre o sinistro e a despesa com o tratamento psicológico a que o autor foi submetido, pela ausência de prescrição específica nos autos, decorrentes exclusivamente do acidente, não há fundamento para a procedência do pedido feito pelo autor a este título." SENTENÇA MANTIDA. RECURSO IMPROVIDO. (Recurso Cível Nº 71004895686, Segunda Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Vivian Cristina Angonese Spengler, Julgado em 13/08/2014)

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



Em sentido mais amplo, o artigo 12 da mesma Lei prevê que "o Conselho Nacional de Seguros Privados expedirá normas disciplinadoras e tarifas que atendam ao disposto nesta lei".

Resta clara, portanto, a intenção do legislador em dar competência ao CNSP para regulamentar as formas de pagamentos das indenizações cobertas pelo seguro obrigatório constituído. De outro lado, não há conflito entre a Resolução questionada e a Lei n. 6.194/74, que apenas efetua o tabelamento dos preços dos serviços prestados como referência para as indenizações.

Assim, a utilização da tabela referencial de procedimentos e custos médico-hospitalares, divulgada pelo Convênio DPVAT, não foi estipulada pelas Seguradoras como um "limite de cobertura" inferior ao estabelecido através de Resoluções expedidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, conforme comumente é propalado.

A aludida tabela representa tão somente uma parametrização das despesas a que estão sujeitas as vítimas de acidentes, efetuada com vistas à uniformização dos custos médico-hospitalares e ao atendimento dos critérios de razoabilidade e proporcionalidade que devem nortear a aferição e cálculo do valor da indenização.

Ressalte-se que no âmbito de seguro de saúde privado, a utilização das tabelas de preços para os serviços é comum a averbação de valores que excedam os do mercado, evitando-se o superfaturamento dos serviços.

Seguindo tais lineamentos, não se vislumbra motivação para deixar de observar as normas disciplinadoras expedidas pelo citado Órgão para o pagamento buscado na presente ação de cobrança.

Sendo assim, considerando a ausência de documentos nos autos que justifiquem o pagamento da complementação do reembolso efetuado administrativamente, requer a improcedência do pedido, fundamentado no artigo 487, I do NCP.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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 inquirir 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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 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, CPC⁵.

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

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

DA IMPOSSIBILIDADE DO JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE

Inicialmente, cumpre ressaltar que o julgamento antecipado da lide trata-se de uma mera faculdade do magistrado e não uma obrigação.

Além disso, o julgamento antecipado da lide pressupõe a existência de questões de direito ou também de mérito quando existirem provas suficientes, pressupostos estes ausentes no caso em tela, em face da produção de prova pericial, imprescindível para o deslinde da presente demanda⁶.

⁵“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)

⁶“COBRANÇA - SEGURO DPVAT - JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE - CERCEAMENTO DE DEFESA CONFIGURADO ALEGAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE SENTENÇA ANULADA - **Tendo em vista o escalonamento dos valores da indenização para a hipótese de invalidez permanente, previsto pelo artigo 3º, inciso II da Lei nº 6.194/74, inafastável afigura-se a necessidade de realização da perícia médica, a fim de ser apurada a extensão dos danos sofridos pelo demandante e, por consequência, possibilitar o arbitramento da indenização devida - Anula-se a r. sentença, de ofício, para prosseguimento do feito.**” (TJ-SP - APL: 00075644620128260281 SP 0007564-46.2012.8.26.0281, Relator: José Malerbi, Data de Julgamento: 30/06/2014, 35ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 30/06/2014)



Neste raciocínio, o julgamento antecipado da lide violaria o princípio constitucional da ampla defesa e do contraditório, em razão da necessidade de prova pericial a comprovar a invalidez alegada na inicial a ensejar o pagamento da indenização pretendida.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

SINISTRO OCORRIDO APÓS A MEDIDA PROVISÓRIA 451/2008

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

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

Deste modo, diante do acidente narrado na exordial ocorrido em 04/05/2019, houve pagamento administrativo no valor de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos) de acordo com a lesão apresentada pela vítima.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral ⁷.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima ⁸.

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

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

- **Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e**
- **Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.**

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

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

⁷ APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT – INVALIDEZ DE CARÁTER PARCIAL – LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO - DEBILIDADE PERMANENTE COMPROVADA EM LAUDO PERICIAL - APLICAÇÃO DA LEI VIGENTE À ÉPOCA DO SINISTRO - FIXAÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO DE ACORDO COM O GRAU DA INVALIDEZ -. PROPORCIONALIDADE – INTELIGÊNCIA DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA - UTILIZAÇÃO DA LEI Nº 6.194/74 COMO PARÂMETRO DE FIXAÇÃO DA INDENIZAÇÃO DE FORMA JUSTA E EQUÂNIME – MATÉRIA DECIDIDA EM ÂMBITO DE RECURSO REPETITIVO – APLICAÇÃO DO ART. 557, CAPUT DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL - NEGATIVA DE SEGUIMENTO DO RECURSO. (TJPB - APELAÇÃO CÍVEL N.º 0000346-88.2012.815.0081 - DATA JULGAMENTO 15/04/2015)

⁸ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

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 citação⁹.

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 ação¹⁰

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.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios¹¹, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

DOS 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.

⁹“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

¹⁰ **art. 1º . (...)**

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

¹¹“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).



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 Sumula 474 do STJ.**

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,

BREJO DA MADRE DE DEUS, 5 de junho 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					

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





Rio de Janeiro, 25 de fevereiro de 2015
DPVAT/JUR – 583/2015

Ao

EXMO. JUIZ COORDENADOR GERAL DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Coordenadoria Geral do Sistema de Resolução Consensual e Arbitral de Conflitos
Ilmo. Sr. Dr. Ruy Trezena Patu Júnior

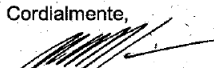
Assunto: Resposta ao Ofício Nº 005/2015 - CGSRCAC

A Seguradora Líder de Consórcios de Seguro DPVAT em resposta ao ofício Nº 005/2015 - CGSRCAC, encaminhado pelo Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco vem se comprometer a efetuar o pagamento com despesas referentes ao trabalho realizado pelos peritos indicados pelos juízes nos processos do Consórcio do Seguro Dpvat no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais).

Após a realização da perícia, e consecutiva intimação do resultado da mesma através de seu patrono constituído nos autos, a Seguradora Líder DPVAT promoverá o pagamento dos honorários periciais em até 15 (quinze) dias a contar da intimação para o pagamento, caso não reste qualquer necessidade de informação complementar ao laudo produzido.

Destacamos que a presente medida resultará em celeridade no Tribunal de Justiça, e acreditamos que com tal medida deste T. Tribunal de Justiça, em especial às metas de baixa processual estabelecidas pelo Conselho Nacional de Justiça.

Cordialmente,


Marcelo Davoli Lopes
Diretor Jurídico

Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Líder-DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.



SUBSTABELECIMENTO

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 OAB/PE sob o nº 30225, com escritório na RUA 48, 138 - ESPINHEIRO - RECIFE - PE - CEP: 52020-060, 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 **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BREJO DA MADRE DE DEUS**, nos autos do Processo nº 00019477520208172480.

Rio de Janeiro, 5 de junho de 2020.



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: **0001947-75.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Brejo da Madre de Deus**

Última distribuição : **05/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (AUTOR)		KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63553451	16/06/2020 10:00	ANEXO 1	Outros (Documento)

MARIO JARDOLIN DE ARAUJO

DOC IDENTIDADE / CDS ENREGISTRO / UP
2223963 228 PE

CPF: 926.058.134-15 DATA NASCIMENTO: 04/03/1968

PRIMEIRO NOME: ANTONIO FERRAZ FILHO

SOBRENOME: MARIA JOSE SIQUEIRA

PROFISSÃO: ☐ AGRICULTOR ☐ COMERCIAL ☐ OUTRO

ESTADO CIVIL: ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ VIÚVO ☐ DIVORCIADO

DATA DE EMISSÃO: 04/06/1998

VALIDADE: 00556-40-4

Observações:

Mario Jardolín de Araújo

LOCAL: CARUARU, PE DATA EMISSÃO: 28/08/2017

Assinatura: *[Assinatura]*

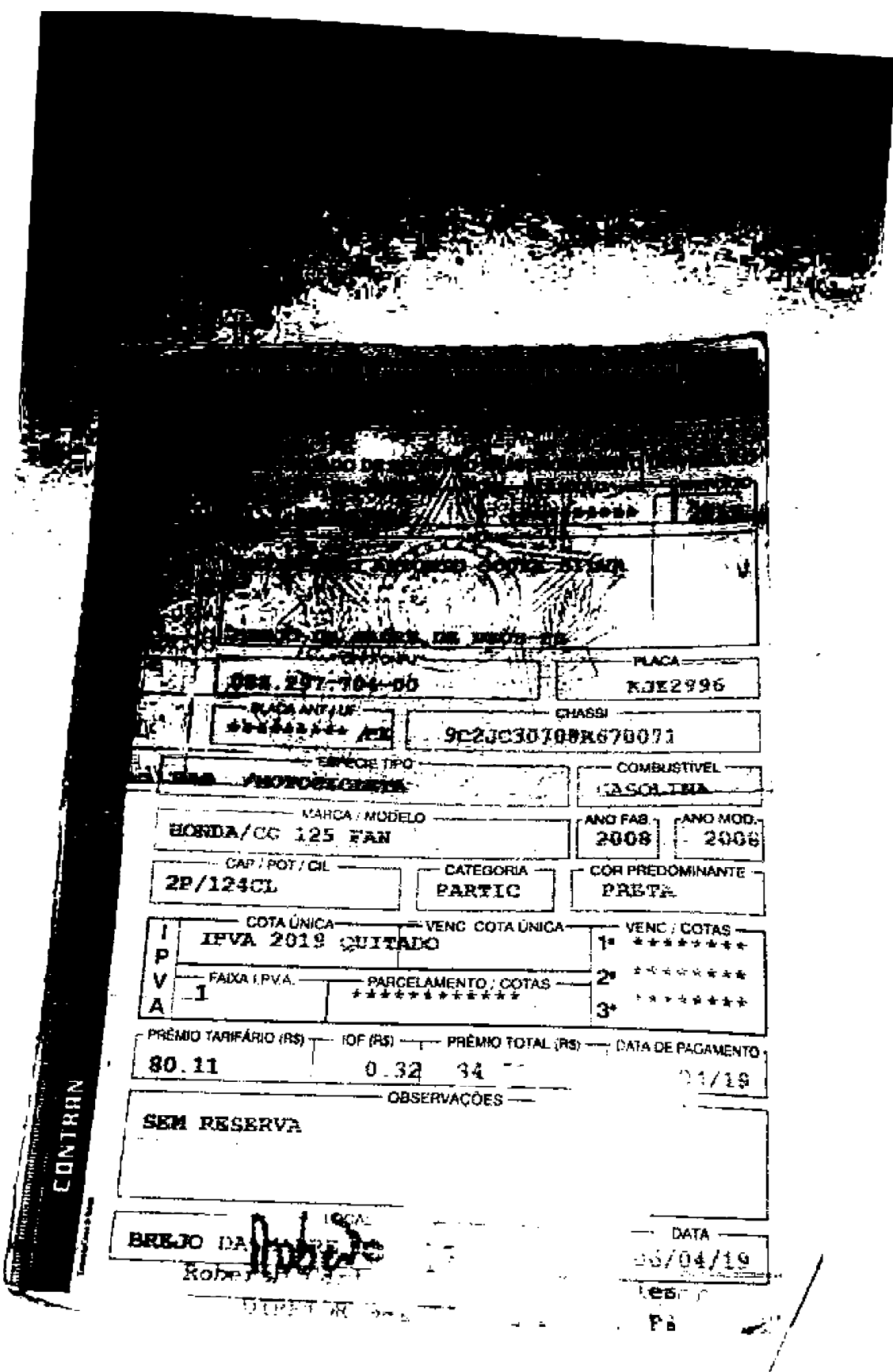
Carla de Almeida Santos Ribeiro
Secretaria de Estado de Segurança Pública
PERNAMBUCO

94188543549
28268927254

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1485415452

RECIBIDO PLASTIFICAR
1485415452





PLACA		RJZ2996	
CHASSI		9C2JC30708R670071	
SINCRONIZADO		COMBUSTIVEL	
***** AX		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN		2008	2008
CAP / POT / CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/124CL	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IPVA 2019 QUITADO		1* *****	
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2* *****	
1	*****	3* *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	34	04/19
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
LOCAL		DATA	
BREJO DA		06/04/19	
ROBERTO		les	
DIRETOR		Pa	

CONTRIN



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MAURICIO DE NASSAU
 DATA DO ACIDENTE 02/07/2020 CPF DA VÍTIMA 99832-4777
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **MARIO JANDOIR DE ARAUJO**
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, LÍQUIDANTE, LÍQUIDADA, LÍQUIDANTE LÍQUIDADA
 ENDEREÇO DO PORTADOR: **RUA COLOMBIA**
 Nº **43** COMPLEMENTO **BAIRRO MAURICIO DE NASSAU**
 CIDADE **CABUJARI** UF **PE** CEP **55012-560**
 E-MAIL **MSS@GURUPA.COM.BR** TELEFONE **(81) 99832-4777**
9 8216-6927

MAQUIE DO PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (1) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (2) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (3) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (4) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (5) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (6) BOLETEM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (7) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (8) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (1) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (2) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (3) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (4) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (ORIGINAL)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (1) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (2) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (3) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (4) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência do acidente (ORIGINAL E CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (5) TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (6) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- (7) NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DOS RESPECTIVOS RECEITUÁRIOS MÉDICOS (ORIGINALS E LEGÍVEIS)
- (8) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (9) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- (1) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (2) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (3) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (4) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (ORIGINAL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
 - MORTE = R\$ 15.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

TOP APROVADO E IDENTIFICADO APROVADO
 DATA 02/07/2020 DATA 02/07/2020
 IDENTIDADE MAURICIO DE NASSAU NOME MAURICIO DE NASSAU
 ASSINATURA MAURICIO DE NASSAU ASSINATURA MAURICIO DE NASSAU



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451544

Cidade: Jataúba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA
BARROS

Data do acidente: 04/05/2019

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁG 4/5_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451544

Cidade: Jataúba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA
BARROS

Data do acidente: 04/05/2019

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @1

CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 17/09/2019, EMITIDA PELO DR. NILTON PEREIRA DE BARROS, CRM No. 10660, DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. (PÁGINA 7)

APÓS FEITA REVISÃO DA AMD REALIZADA EM 06/08/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451544

Cidade: Jataúba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA
BARROS

Data do acidente: 04/05/2019

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁG 4/5_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451544

Cidade: Jataúba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA
BARROS

Data do acidente: 04/05/2019

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @1

CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 17/09/2019, EMITIDA PELO DR. NILTON PEREIRA DE BARROS, CRM No. 10660, DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. (PÁGINA 7)

APÓS FEITA REVISÃO DA AMD REALIZADA EM 06/08/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



MARIO JARDOLIN DE ARAUJO

DOC IDENTIDADE / OUT ENREGISTRO / UP
2223963 222 PR

CPF: 926.058.134-15 DATA NASCIMENTO: 04/03/1968

PLACAO: ANTONIO FERRAZ FILHO

MARIA JOSE SIQUEIRA

REGISTRO: 00556-40-4 VALIDAR: 04/06/1996

VALIDA EM TODOS O TERRITORIOS NACIONAIS 1485415452

OBSERVAÇÕES

Mario Jardolín de Araújo

LOCAL: CARUARU, PE DATA EMISSÃO: 28/08/2017

94188543549 28268927254

PERNAMBUCO





Resumo do Atendimento de Pacientes

Paciente **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**

CNS/Registro 900000000050844

Sexo: M Data de Nascimento: 20/04/1988

Profissão: Trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores assemelhados

Filiação: Mãe: SONIA MARIA ALVES FEITOSA

Pa: SEBASTIÃO DE MELO BARROS

Endereço: SÍTIO QIT S

Nº BREJO DA MADRE DE DEUS - PE

Nº do Atendimento	Data do Atendimento	Diagnostico Provisorio	IDADE
0000505892	04/05/2019	VITIMA DE COLISÃO COM MOTO	39 ANO(S)





SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente Data Int: 31/05/2019 09:53 Atendimento: 513858 Nº AIH: _____

Nome: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS Prontuário: 338029

Data Nasc.: 20/04/1988 Idade: 39 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS Religião: _____

CPE: 11331742480 RG: 934926E CNF: 702402514719027

Endereço: SÍTIO CITI Nº: _____

Bairro: ZONA RURAL Cidade: BREJO A. MADRE DE DEUS Estado: PE

CEP: 55172973 Fone: 98107716 Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA

Nome do Conjugue: _____

Nome: _____

Parentesco: _____ RG: _____ Fone: _____

2 - Internar Para

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: ORTOPEDIA

Leito: ORTOPEDIA 55

Diagnóstico Inicial

(Constante do Laudo Médico): _____

CID: _____

Procedimento Solicitado: _____ CÓD: _____

Procedimento Realizado: _____ CÓD: _____

3 - Atendimento Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesiista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

- ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- ☐ DIÁRIA DE UTI
- ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- ☐ VACINA ANTIRH
- ☐ USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- ☐ USO DE PRÓTESE, ORTESE
- ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- ☐ USO DE OXIGENADORES
- ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - História Clínica

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
31/05/2019 09:53		



N 221259

338.20 SUS

15 30 13.06/13

20 06/2013

Resolução de 15/06/13

15/06/13

15/06/13

15/06/13

15/06/13

15/06/13

15/06/13

15/06/13

15/06/13

15/06/13

15/06/13

Resolução de 15/06/13

15/06/13

Resolução de 15/06/13

Resolução de 15/06/13

Resolução de 15/06/13

Resolução de 15/06/13

Resolução de 15/06/13
para o caso de 15/06/13
igual Su nº 2 + 2/10/13

RECEITA SEQUESTRADA
20 JUL 2013



29 JUL 2020

SECRETARIA DE SEGURADOIA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nº do Leito

Nº do Registro

2º Assistente

Anestesiista

Enfermeiro

Técnico





Ortomédica
SERVIÇOS ORTODONTICOS LDA

Estrada do Encastamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.657/0001-27 Ins. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

338029

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RC-06)

Nº 059054

2º Via Cliente

Hospital: RA

Convênio: +RC

Cidade: Caruaru

Nome do Paciente: Marcos Mendes Alves Teixeira Barros

Data da Cirurgia: 19/06/19

Médico: DR. Wilson Gomes

Membro Operado: Tubia D

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
- Placa DCP 1.5		01	
UF 285193-3 070203090-2			
- Enxerto Ósseo		02	
EF 167508-6			

HAP-91 Aplicação: 5.0g - 10 mesh Lote: HA17034-1M Validade: 2019-12 STERILIZADO	HAP-91 Aplicação: 5.0g - 10 mesh Lote: HA17034-1M Validade: 2019-12 STERILIZADO				
PARAFUSOS CANULADOS	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	NP				
	QUANT.				
	LOTE				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: Leandro

EX 107
29 JUL 2019





Dr. Gustavo

LIBÓRIO

CRM 15582 / TEOT 13985

ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO



ORTOP

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA DO AGRESTE

Material de Sntes
Evoluiu com Mxreus
Chavels e Reactor
10% Menos

FISIOTERAPIA :

✓

ARIANA SEGURADORA
16 OUT 2019

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582-TEOT 13985
TITULAR SBOT/SP/ASAM

DATA DA ALTA MÉDICA :

03/10/19

DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA/TRAUMA

RECONSTRUÇÃO

CRM 15582 - TEOT 13985

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582-TEOT 13985
TITULAR SBOT/SP/ASAM

Av. Agamenon Magalhães Nº 1116 - Maurício de Nassau
Caruaru-PE
81.3136.2983 / 9 9783.3052 TIM

ortop.agreste@hotmail.com





Dr. Gustavo

LIBÓRIO

CRM 15582 / TEOT 13985

ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO



ORTOP

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA DO AGRESTE

LAUDO MÉDICO (DPVAT)

NOME/CPF:

143317-424-00

MORONES ALVES FERNANDA MARIA

LOCAL / DATA DO ACIDENTE

FATIMA - PE / 07/05/19

DATA DA CIRURGIA:

0 29/04/19

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA - RECONSTRUÇÃO
CRM 15582 - TEOT 13985
TITULAR SEÇÃO DE ORTOPEDIA

HISTÓRIA CLÍNICA:

Acidente motorista com
fratura osso na perna
tratamento cirúrgico

11/10

Av. Agamenon Magalhães Nº 1116 - Maurício de Nassau
Caruaru-PE ortop.agreste@hotmail.com
81.3136.2983 / 9 9783.3052 TIM



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Usuário da Internação
MARIAESS



513211

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente		Data Int.: 31/05/2019 09:53	Atendimento: 513858	Nº Ait:
Nome: MARCONDES ALVES FEITOSA BARRO				
Data Nasc.: 20/04/1988	Idade: 31	Sexo: MASCULINO	Cor: PARD	Prontuário: 338029
CPE: 11331742480	RG: 9349266		CNS: 702402514719027	Religião:
Endereço: SÍTIO-OTI				Nº: 0
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS			Estado: PE
CEP: 55172973	Fone: 96107716			Profissão: AGRICULTOR
Nome da Mãe: SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA				
Nome do Conjugue:				
Nome:				
Parentesco:		RG:	Fone:	
2 - Internar Para				
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA				
Unidade de Internação: ORTOPEDIA			Leito: ORTOPEDIA 55	
Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico):				
Procedimento Solicitado:			CID:	
Procedimento Realizado:			CID:	
3 - Atendimento Médico				
Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo
				Méd. Assist. Ass./Carimbo
4 - Procedimentos Especiais				
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS ☐ DIÁRIA DE UTI ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ VACINA ANTI RH ☐ USO DE DERIVADOS DE SANGUE ☐ USO DE PRÓTESE, ORTESE ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ USO DE OXIGENADORES ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL				
5 - História Clínica				
ADRIANA SEGURADORA 16 OUT 2019				
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				
MOTIVO DE ALTA				
DATA DE INTERNAMENTO		DATA DE ALTA		DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
31/05/2019 09:53				

1 de 2





FICHA DE ANESTESIA

N 221259

Amendes, Alvaro Eictosa

338029 SUS

M R A

21/06/19 15:30 13/06/19

front de fusão de tórax

88 150 90 140

150 90 140

o mesmo

pts. cefálico de front de tórax

o mesmo

15:30 16:30 17:30

1500 ml de 1500 ml

1500 ml de 1500 ml

1500 ml de 1500 ml

1500 ml de 1500 ml

1500 ml de 1500 ml

1500 ml de 1500 ml

1500 ml de 1500 ml

1500 ml de 1500 ml

1500 ml de 1500 ml

1500 ml de 1500 ml

1500 ml de 1500 ml

1500 ml de 1500 ml

1500 ml de 1500 ml

1500 ml de 1500 ml

Ragou

1/10/19

função para medicina 13-14, 1/10/19

unidade Sanitária 13-14, 1/10/19

ARJANA SEGUROORA
29 JUL 2019

1) Celazepam	28
2) Fentanil	75 mg
3) Midazolam	30 mg
4) Morphina	80 mg
5) Fentanil	13 mg
6) Fentanil	10 mg
7) Diprion	28
8) Narcoam	40 mg
9) Narcoam	40 mg



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO		RELATÓRIO DE OPERAÇÃO	
Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE			
Presidente:	Maurício Alves Furtado		
Cirurgião:	Oscar		
Operador:	Miguel Gomes de Barros		
1º Assistente:			
2º Assistente:			
Instrumentador:			
Anestesiologista:			
Duração:			
Inicio:			
Término:			
Diagnóstico Pré-Operatório: fratura de fêmur com hematoma			
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Operação Proposta:			
Operação Realizada: Otimização da cicatriz e perfuração			
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO			
1) 1st. de 12/11/19, 1st. de 12/11/19			
2) Otimização da cicatriz			
3) Otimização da cicatriz			
4) Otimização da cicatriz			
5) Otimização da cicatriz			
6) Otimização da cicatriz			
7) Otimização da cicatriz			
8) Otimização da cicatriz			
9) Otimização da cicatriz			
10) Otimização da cicatriz			
11) Otimização da cicatriz			
12) Otimização da cicatriz			
13) Otimização da cicatriz			
14) Otimização da cicatriz			
15) Otimização da cicatriz			
16) Otimização da cicatriz			
17) Otimização da cicatriz			
18) Otimização da cicatriz			
19) Otimização da cicatriz			
20) Otimização da cicatriz			

29 JUL 2013

VENDEDOR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

3003

PARAFISCOS DE INTERFERENCIA

PARAFISCOS CARULADOS

STERILE EO

Validade: 2019-12

Lot: HA17034-1M

Apresentação: 5.8g - 10 mesh

STERILE EO

Validade: 2019-12

Lot: HA17034-1M

Apresentação: 5.8g - 10 mesh

HA17-91

HA17-91

MATERIAL

ESPECIFICAÇÃO

QUANT.

LOTE

Médico: R. W. Gomes - 6000

Nome do Paciente: Francisco Gomes

Data da Cirurgia: 19/06/14

Cidade: Curitiba

Convênio: 710

Hospital: H-14

Ortomédico

Estado do Equipamento: 51 - Perna direita
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insp. Est. 18.1.007.0740008-5
Fones: (31) 3288-6554 / 3441-6968 Fax: (31) 3288-6781

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA

Nº 050454

(RQ-05)

27 Via Cirúrgica

Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco - SES/ SUS / PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: Marcelo Alves F. Lima
Nome: Marcelo Alves F. Lima
Registro Nº: 0000000000
Clínica: 0000000000 Enfermária: 0000000000

paciente em
tratamento
com o plano D
golubto para a
apostado da tubat
em mais 60 dias
2094

17/19/2003

Data

Dr. Nelson Pereira do Carmo
CRM 0000000000

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elaida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3190431544 3 - CPF da vítima: 333.337.424-80 4 - Nome completo da vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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

5 - Nome completo: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS 6 - CPF: 333.337.424-80

7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: S10115 9 - Número: 40 10 - Complemento:

11 - Bairro: 170 OTS 12 - Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55370-000

15 - E-mail: mseguro@norte@brazil.com 16 - Tel.(DDD)-83.9246-9377 333332-9727

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL - 003

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

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 1666 7 CONTA: 3-1111 9

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Pelo motivo assinado, 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 e ou renúncia ao direito de contestar-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 em e provarem esta condição, estando presente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento por parte do beneficiário além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CARUARU - PE 16/06/2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



03/07/2019 BANCO DO BRASIL 03/07/2019
100010472 SEGUNDA VIA
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: MARCONDES A F BARROS
AGENCIA: 1688-7 CONTA: 32.026-9

DATA 03/07/2019
NR. DOCUMENTO 16.661.047.200.059
VALOR DINHEIRO ~~100,00~~
VALOR TOTAL ~~100,00~~

NR. AUTENTICACAO 3.9BB.5AD.E22.58C.448
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

2

mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogb#inbox/KtbxLrjCLnHqMgxdMwDCGxLjJRwJcbJB?projector=1&messagePartId=0.1





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: 4020-1595 / 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 Ouidoria: 0800 021 81 35

EU, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
RG nº 4.122.511, data de expedição 11/01/15
Órgão SP-0000000, portador do CPF nº 090.400.212-00
com domicílio na cidade de SAO PAULO, no Estado de SP
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) AV. PAULISTA nº 1000
complemento 1000, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, cujo o condutor era
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Veículo 1000 Modelo 1000 Ano 2015
Placa 1000-999 Chassi 1000-999-1000
Data do Acidente: 11/01/15

Local e Data: 1000-999-1000

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinatura do Declarante

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

Reconhecido por AUTENTICIDADE 1 (firma) de (1/AGOSTINHO)
ANTONIO SOUZA SILVA
Dou fe. Santa Cruz do Sul, 04/07/2019 - Total: 4 g;
Em Testamento da Verdade
Juliana Honório de Souza - Escrevente
Selo(s): 0159487.0606201901 03980
* Consulte autenticidade em: www.tjpa.jus.br/selodigital





AVENIDA GROS CARUÁ - NÚM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 53040-000. Fone: (081) 0800 081 0194
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 08.789.035/0001-64
Qualidade de Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019056336914

Escritório: CARUARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARIA JOSE DE SIQUEIRA ARAUJO

RUA COMBIA, N. 000-13 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-260

INSCRIÇÃO: 041.541.338.0189.000

GRUPO 3

OPÇÃO DIB. AUTOMÁTICO: 00633691.4

00633691.4

05/2019-7

DATA

FAZENDA

2019052937

25/06/2019

25/06/2019

REAL

ÁGUA
LEIT. ANT.: 1632
LEIT. ATUAL: 1647
LIT. ENT.: 1647

CONSUMO: 15

ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:

VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO
RESIDUAL/CONSUMO

01/01/19	15/	1	1632
02/01/19	19/	1	1632
03/01/19	17/	1	1632
04/01/19	6/	1	1632
05/01/19	3/	1	1632
06/01/19	4/	1	1632
07/01/19	11/	1	1632

PARÂMETROS

TURBIDIDADE
COR APARENTE
CLORO RESIDUAL
COLIFORMES TOTAIS
E. COLI

EXIG. PELA PORT
Nº 3.814/11
188
166
166
166
166

NÚMERO DE AMOSTRAS

ANÁLISES
REALIZADAS

188
166
166
166
166

ATENDIMENTO
LEGISLAÇÃO

188
166
166
166
166

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS ADEQUADA EM 100% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO
INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO
VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATÉ 10 M3 - R\$ 41,10 (POR UNIDADE)

10 M3

41,10

DE 11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

5 M3

23,70

MULTA P/IMPONTUALIDADE

04/2019

1,34

PIE	SALDO DE FÉLIX	PARCIAL (R\$)	VALOR DO FÉLIX
05/06/2019	15,00	1,65	1,65
05/06/2019	65,00	7,80	4,94

05/06/2019

66,34

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 2 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 167,31. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A
MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Enviado por: INTERNET

Enviado em: 05/06/2019



DEPARTAMENTO COMERCIAL
FATURAMENTO E CONTABILIDADE



0800 281 181

05/06/2019

00633691.4

05/2019-7

66,34

CODIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82850006000-0 66346018041-0 00633691401-5 05201970003-5



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/06/2020 10:00:39
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061610003935500000062384110
Número do documento: 20061610003935500000062384110

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (disponível para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/biblioteca/web/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 taxa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Sistema Financeiro da União, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.131/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR inscrito (a) no CPF/CNPJ 316.200.334-35 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MAGGUEDES ALVES FELIX DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 153.317.424/80 do sinistro de DPVAT cobertura 16.210.15 da Vítima MAGGUEDES ALVES FELIX DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 153.317.424/80 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

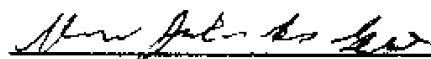
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número		Complemento	
Rua Santa Rosa		23			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Centro	Monte Belo	MG	35500-260		
e-mail		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD)	
yves@lider.com.br		(031) 3377-1111		(31) 3377-1111	

Assinada em Monte Belo em 16 de junho de 2020

Lugar e Data



Assinatura do Declarante

OLDRL 001 v001/2017



CELPE Companhia de Energia Elétrica

NOTA FISCAL Nº 7002919332, emitida em 06/2019, valor de R\$ 30,96.

DADOS DO CLIENTE: Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, Endereço: Rua da Bahia, 100, CEP: 50000-000, Cidade: RECIFE, PE.

CLASSIFICAÇÃO: Tipo de Consumo: RESIDUAL, Categoria: 1, Tarifa: 1001.

DATA CONTRATO: 06/2019, **DATA DE VIGÊNCIA:** 14/06/2019, **DATA DE EMISSÃO:** 09/07/2019.

VALOR TOTAL: 30,96.

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL:

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO
Consumo de Energia Elétrica	1,00	30,96	30,96

RESUMO DA CONTA:

DESCRIÇÃO	VALOR
Consumo de Energia Elétrica	30,96
TOTAL A PAGAR	30,96

HISTÓRICO DE CONSUMO:

MÊS	TÍPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	VALOR
JUN 19	RES	01/06/2019	6420	01/06/2019	6500	30,96

COMPOSIÇÃO DO VALOR:

DESCRIÇÃO	VALOR	PERCENTUAL
Energia de Transmissão	1,42	4,59%
Energia de Distribuição	1,02	3,29%
Energia de Geração	0,98	3,16%
Energia de Transmissão	0,08	0,26%
Energia de Distribuição	0,08	0,26%
TOTAL	30,96	100%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Esta nota fiscal é emitida em nome da CELPE, Companhia de Energia Elétrica, inscrita no CNPJ nº 06.940.888/0001-00, com sede em Recife, PE. A responsabilidade pelo pagamento desta nota fiscal é do cliente, que deve efetuar o pagamento até o vencimento.

ASSINATURA: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, 16/06/2020 10:00:39.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr (a)

Murilo Oliver Jataúba Bezerra

CPF: 113.317.424 - 86 RG: 9.349.285 / 525 - PE, que
consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGRESTE,
atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID - ID: 0221
no dia 04/05/2020 às 24:40 h Endereço:

PC 301
Ponto de Referência: Em frente ao posto da Opa

Bairro: Boa Vista Cidade: Jataúba - PE

Queixa: Cabeça doente

tendo sido enviada a: USF, que prestou atendimento a
vítima no local, transportando-a para o hospital:

Hospital Santa Ana Oculista e Otorrinolaringologista

Se liberado no local: Sim

Recusou atendimento: Sim

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a)
paciente os seguintes procedimentos:

Exame físico; imobilização cervical; imobilização do paciente; imobilização de membros; oxigenação; monitorização vital; etc.

Jataúba, 27 de Maio de 2020.

Thaiza Milena Oliveira Bezerra

Enfermeira

CREM-PE 477.356

Thaiza Milena Oliveira Bezerra

Coordenadora

SAMU Base Jataúba



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	553.367.424-8	RODRIGO DOS SANTOS FERREIRA DIAS

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

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

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 14 E 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR	☐ R\$ 1 JO A R\$1.000,00	☐ R\$ 2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assine a única opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Paraná - CAC - 604

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

[Informe o dígito se existir] [Informe o dígito se existir] [Informe o dígito se existir] [Informe o dígito se existir]

Autorização: O credenciado não é responsável pelo pagamento de qualquer taxa ou taxa de adesão, já que o valor da indenização, reembolso do Seguro-Gravata e despesas com transporte, alimentação e hospedagem são pagos diretamente pelo credenciado desde a emissão do cartão de crédito, quitando o total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL - 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 (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Por fim, assinalo que o presente processo de análise do meu quadro de incapacitação Segur. do JPVAT, por minha vez, é pormenorizado, com base na documentação por mim já, desde o início de 2017, submetida à avaliação dos serviços da Seguradora, e da realização da minha actualização das lesões permanentes, de acordo com a ordem de avaliação conforme o n.º 58.778, art. 3.º, b), declarando que esta actualização não faz jus à interrupção da minha actualização, e, portanto, não impede a avaliação individual, com o direito de reanálise, caso da duração do meu período de

DECLARAÇÃO DE UNICIDADE BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo

28 - Você tem filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tem filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

30 - Se não tem filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

31 - Se tem filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tem filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

33 - Se tem filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

Estou cliente há quase 10 anos e não tenho nada a dizer sobre a administração do S. Jorge. Por outro lado, aqueles benefícios que se aplicam a quem se aposenta são muito melhores do que os que se aplicam a quem não se aposenta. Não há nada a dizer sobre a administração do S. Jorge.

34	35 Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1ª Nome: _____
	36 CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	CPF: _____
		Assinatura da testemunha _____
	37 (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2ª Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura da testemunha _____

40 - Local Data.

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

41. Assinatura da vítima/beneficiário (declarando):

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.OD1 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 111ª CIRCUNSCRIÇÃO - JATAÚBA - DP111ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0201000291**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/07/2019** às **12:16**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/5/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JATAUBA, 1, RODOVIA PE 160. PRÓXIMO AO POSTO OZAEI - Bairro: CENTRO - JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA (OUTRO)
CLAUDENI MARIA DE SOUSA (TESTEMUNHA)
MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA Pai: SEBASTIÃO DE MELO BARROS Data de Nascimento: 20/4/1988 Naturalidade: SUMÉ / PARAIBA / BRASIL Documentos: 9349268/SDS/PE (RG). 11331742480 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 999208328

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO OITIS, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CLAUDENI MARIA DE SOUSA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: , Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO OITIS, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

04/07/2019 12:07



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJZ2996** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **980961845** Chassi: **9C2JC3070BR670071**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **HONDA CG 125 FAN**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL. A PESSOA DE MARCONDES ALVES FEITOSA, DEVIDAMENTE QUALIFICADO NESTE BOE, O QUAL PASSOU A DECLARAR A ESTE POLICIAL DE PLANTÃO QUE: NO DIA 04 DE MAIO DO ANO EM CURSO, PERÍODO DA TARDE RETORNAVA DO CONGO PARAIBA PARA SUA CASA NA CIDADE DE BREJO DA MADRE DE DEUS MAIS PRECISAMENTE NO SÍTIO M OITIS, PILOTANDO A MOTOCICLETA NESTE DESCRITA NAS MARGENS DA PE 160, E JÁ NESTE MUNICÍPIO JATÁUBA PRÓXIMO AO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE OZAEI, COLIDIU COM UM VEÍCULO CROSFOX DE COR PRATA, PORÉM NÃO FORA ANOTADA A PLACA E NEM IDENTIFICADO SEU CONDUTOR QUE IGNOROU O OCORRIDO SEGUINDO SEM PRESTAR O DEVIDO SOCORRO A VÍTIMA, POIS ESTA AO COLIDIR COM O REFERIDO VEÍCULO CAIU E COM AQUELA SOFREU FRATURAS NOS MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR DIREITO, SENDO ENTÃO ACIONADO O SAMU PARA OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE APÓS A IMOBILIZAÇÃO DEVIDA O SOCORRERAM PARA A UNIDADE MISTA LOCAL, E DEVIDO AS LESÕES SOFREIDAS MARCONDES FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU.

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **FABIO COELHO DE ARAUJO** - Matrícula: **150525-4**

04/07/2019 12:07





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 111ª CIRCUNSCRIÇÃO - JATAÚBA - DP111ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0201000291**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/07/2019** às **12:16**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **4/5/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JATAUBA, 1, RODOVIA PE 160, PRÓXIMO AO POSTO OZAEI** - Bairro: **CENTRO - JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA (OUTRO)
CLAUDENI MARIA DE SOUSA (TESTEMUNHA)
MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**Mãe: **SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA** Pai: **SEBASTIÃO DE MELO BARROS** Data de Nascimento: **20/4/1988** Nacionalidade: **SUME / PARAIBA / BRASIL** Documentos: **9349266/SDS/PE (RG), 11331742480 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **999206328**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO OITIS, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**Mãe: , Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CLAUDENI MARIA DE SOUSA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**Mãe: , Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO OITIS, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

04/07/2019 12:07



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

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

Placa: **KJZ2996** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **988961645** Chassi: **9C2JC3070BR670071**

Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **HONDA CG 125 FAN**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL. A PESSOA DE MARCONDES ALVES FEITOSA, DEVIDAMENTE QUALIFICADO NESTE BOE, O QUAL PASSOU A DECLARAR A ESTE POLICIAL DE PLANTÃO QUE: NO DIA 04 DE MAIO DO ANO EM CURSO, PERÍODO DA TARDE RETORNAVA DO CONGO PARAIBA PARA SUA CASA NA CIDADE DE BREJO DA MDRE DE DEUS MAIS PRECISAMENTE NO SÍTIO M OITIS, PILOTANDO A MOTOCICLETA NESTE DESCRITA NAS MARGENS DA PE 160, E JÁ NESTE MUNICÍPIO JATUBA PRÓXIMO AO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE OZEL, COLIDIU COM UM VEÍCULO CROSFOX DE COR PRATA, PORÉM NÃO FORA ANOTADA A PLACA E NEM IDENTIFICADO SEU CONDUTOR QUE IGNOROU O OCORRIDO SEGUINDO SEM PRESTAR O DEVIDO SOCORRO A VÍTIMA, POIS ESTA AO COLIDIR COM O REFERIDO VEÍCULO CAIU E COM AQUELA SOFREU FRATURAS NOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES DIREITOS, SENDO ENTÃO ACIONADO O SAMU PARA OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE APÓS A IMOBILIZAÇÃO DEVIDA O SOCORRERAM PARA A UNIDADE MISTA LOCAL, E DEVIDO AS LESÕES SOFRIAS MARCONDES FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU.

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **FABIO COELHO DE ARAUJO** - Matrícula: **150525-4**



Adm. 07

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	553.367.424-8	RODRIGO DOS SANTOS FERREIRA DIAS

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

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

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 14 E 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

18 - CPF do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR	☐ R\$ 1,00 A R\$1.000,00	☐ R\$ 2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

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

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Paraná - CAC - 604

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

[Informe o dígito se existir] [Informe o dígito se existir] [Informe o dígito se existir] [Informe o dígito se existir]

Autorização: O credenciado tem a permissão para realizar a coleta de amostras de água e efluentes, desde que a coleta seja realizada em locais autorizados pelo órgão ambiental competente, e a coleta seja realizada de acordo com as normas técnicas vigentes.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL - 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 (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atende 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.

Por fim, a assessoria jurídica realizou o encaminhamento da análise do meu pedido de indenização do Seg. Unipvat, privativa de propriedade, com base na documentação por mim fornecida, dando ciência de que o mesmo submete a avaliação dos aspectos da Seguradora e da realização da perícia para a quantificação das lesões, permeando o decorrer da análise de que venho conforme o art. 6º, § 4º, da Lei 3.874/78, art. 39, § 6º, reclamando que esta atuação não fixa a responsabilidade e impede a avaliação individual, restando ao direito de restituição, caso da morte do segurado, o direito

DECLARAÇÃO DE UNICIDADE BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo

28 - Você tem filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tem filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

30 - Se não tem filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

31 - Se tem filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

32 - Se não tem filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

33 - Se não tem filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

[illegible]

34	35 Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1ª Nome: _____
	36 CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	CPF: _____
		Assinatura da testemunha _____
	37 (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2ª Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura da testemunha _____

40 - Journal of Data Science, Vol. 1, No. 1, 2013

47. Assinatura do Representante Legal (se houver)

41. Assinatura da vítima/beneficiário (declarando):

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 W002/2019



RECEBIMOS **ANTONIOES A. P. BARROS**
RESIDENTE 1688-2 **CONTA:** **123456789**

DATA **03/07/2019**
NR. DOCUMENTO **16.861.047.288.888**
VALOR DINHEIRO **100,00**
VALOR TOTAL **100,00**

NR. AUTENTICACAO **3.988.5AD.E22.58C.448**
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

RECEBIMOS
14.06.20





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, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01635/01636 - carta_09 - INVALIDEZ

00050818



Carta nº 14977376





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

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001666-7

Conta: 0000032026-9

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





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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOUR DE ARAUJO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na ARUANA SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

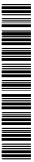
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00809/00810 - carta_25 - INVALIDEZ

00020405





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

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOUR DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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 14640612

Pag. 01279/01280 - carta_01 - INVALIDEZ

00020640



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:	27/08/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

BANCO: 001

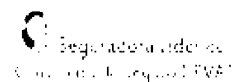
AGÊNCIA: 01666-7

CONTA: 000000032026-9

Nr. da Autenticação 28B856B44EEED48D



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256883/19

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

CPF: 113.317.424-80

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/05/2019

Titular do CPF: MARCONDES ALVES
FEITOSA BARROS

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

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS : 113.317.424-80

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: 29/07/2019
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

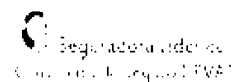
Data do cadastramento: 29/07/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Josyelli de Oliveira Cabral



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256883/19

Número do Sinistro: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

CPF: 113.317.424-80

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 04/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCONDES ALVES
FEITOSA BARROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

ABENILDA MARIA BARBOSA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (Vítima beneficiária)

NOME: MARCELO ALVES FEITOSA JÚNIOR
IDENTIDADE: 9379768, CPF: 773377424-80
EST.CIVIL: SOLTEIRO, PROFISSÃO: AGRICULTOR
ENDEREÇO: ST. CÍTIAS, Nº 70
BAIRRO: BOA VISTA
CIDADE: RECIFE, UF: PE

OUTORGADO (Procurador)

NOME: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
RG: 2.923.963 SDS/PE, CPF: 386.058.134-15, EST.CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO.
END: RUA COLOMBIA N*43, BAIRRO: MAURICIO DE NASSAU, CIDADE: CARUARU, UF: PE.
Feio presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me a seguradora líder dos consorcio do seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT da
VÍTIMA: MARCELO ALVES FEITOSA JÚNIOR
CTY: 773377424-80, COBERTURA: DPVAT
Data do acidente: 04/05/2019

MARCELO ALVES FEITOSA JÚNIOR

ASSINATURA DO OUTORGANTE (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO)

Reconhecer firma por autenticidade

RECIFE, PE, 04/05/2019 de 01/19 de 2019

Local e data:

RECONHECIDA POR ALTA AUTORIDADE DO JUIZ DE MARCELO ALVES FEITOSA JÚNIOR
RJ 56. 01/05/2019 09:11:11 - 01/05/2019 09:11:11
TEIRA 01/05/2019 09:11:11 - 01/05/2019 09:11:11
3,39 TAMP RS 180 PERC 180 PERC 180 PERC 180 PERC
06 11,18 155 RS 11,2



Antônio Jairo de Mello Junior
B. 11.11.11 11.11.11
RJ 11.11.11 11.11.11



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451544

Cidade: Jataúba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA
BARROS

Data do acidente: 04/05/2019

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁG 4/5_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451544

Cidade: Jataúba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA
BARROS

Data do acidente: 04/05/2019

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @1

CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 17/09/2019, EMITIDA PELO DR. NILTON PEREIRA DE BARROS, CRM No. 10660, DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. (PÁGINA 7)

APÓS FEITA REVISÃO DA AMD REALIZADA EM 06/08/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451544

Cidade: Jataúba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA
BARROS

Data do acidente: 04/05/2019

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁG 4/5_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA: MAURICIO DE NASSAU
 DATA DO ACIDENTE: 02/07/2020 CPF DA VÍTIMA: 99832-4779
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, LÍQUIDANTE, PARENTES, OU COM-
 A VÍTIMA É: RUA COLOMBIA
 ENDEREÇO DO PORTADOR: MAURICIO DE NASSAU
 Nº: 43 COMPLEMENTO: BAIRRO
 CIDADE: CABUJARI UF: PE CEP: 55012-560
 E-MAIL: MSS@GURUPATENSURADO.COM.BR TELEFONE: 81 99832-4779
9 8216-6927

MARQUE DO PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (1) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (2) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (3) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (4) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (5) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (6) BOLETEM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (7) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (8) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (1) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (2) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (3) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (4) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (ORIGINAL)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (1) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (2) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (3) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (4) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência do acidente (ORIGINAL) E TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (5) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- (6) NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DOS RESPECTIVOS RECEITUÁRIOS MÉDICOS (ORIGINALS E LEGÍVEIS)
- (7) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (8) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- (1) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (2) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (3) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (4) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (ORIGINAL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
 - MORTE: R\$ 15.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE: ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS): REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO: WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

TOP: ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
 DATA: 02/07/2020
 IDENTIDADE: MAURICIO DE NASSAU
 ASSINATURA: MAURICIO DE NASSAU
 ASSINATURA: MAURICIO DE NASSAU



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451544

Cidade: Jataúba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA
BARROS

Data do acidente: 04/05/2019

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @1

CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 17/09/2019, EMITIDA PELO DR. NILTON PEREIRA DE BARROS, CRM No. 10660, DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. (PÁGINA 7)

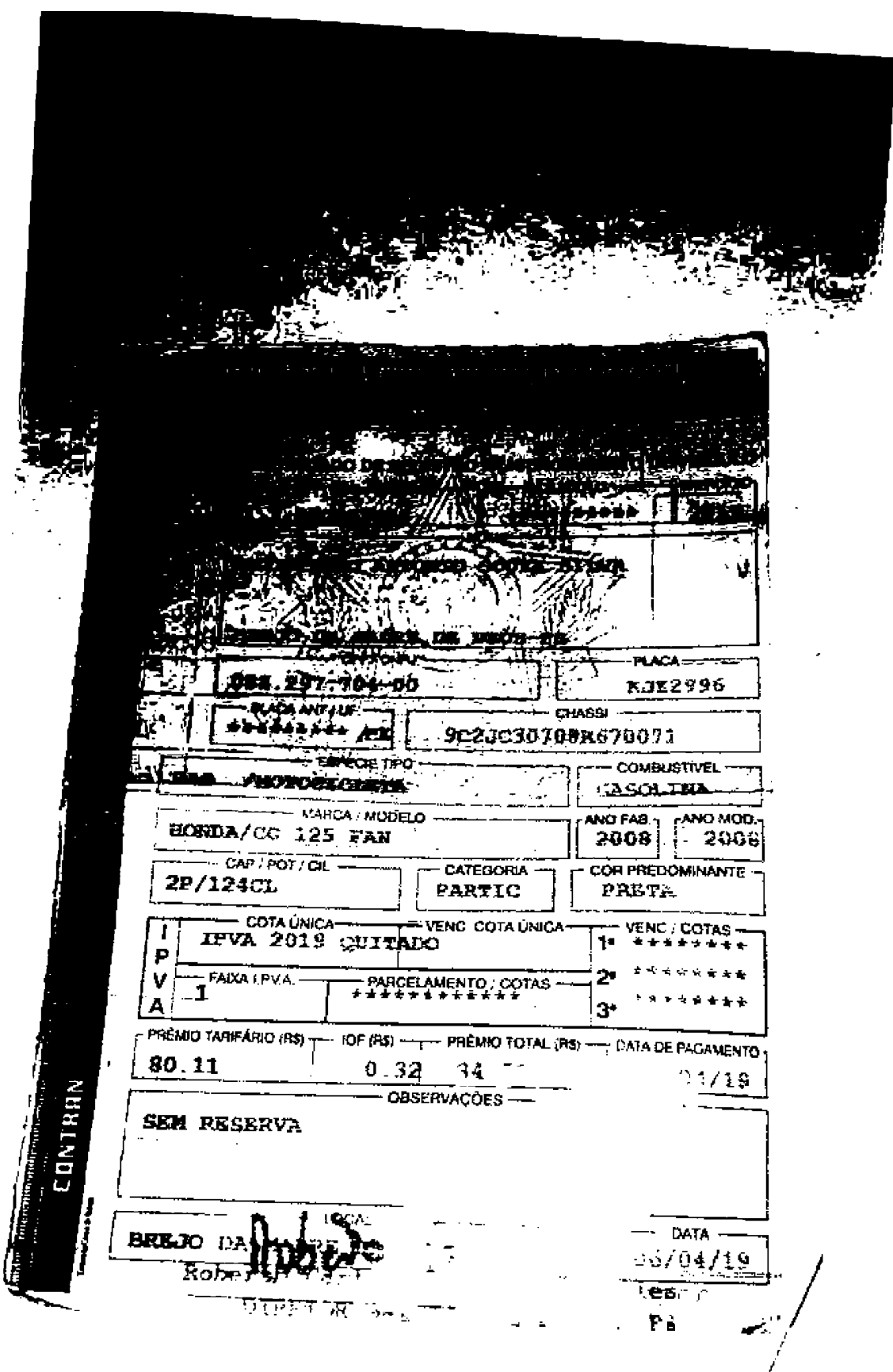
APÓS FEITA REVISÃO DA AMD REALIZADA EM 06/08/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

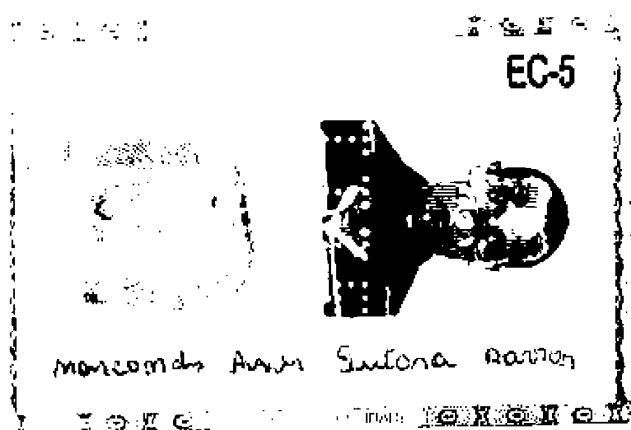




CONTRIN

PLACA RJE2996							
CHASSI 9C2JC30708R670071							
ENCOE TIPO MOTORCICLETA	COMBUSTIVEL GASOLINA						
MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN	ANO FAB. / ANO MOD. 2008 / 2008						
CAP. / POT. / CL. 2P / 124CL	CATEGORIA PARTIC						
COR PREDOMINANTE PRETA							
COTA ÚNICA / VENC. COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO							
FAIXA (IPVA) 1	PARCELAMENTO / COTAS *****						
<table border="1"> <tr> <td>1*</td> <td>*****</td> </tr> <tr> <td>2*</td> <td>*****</td> </tr> <tr> <td>3*</td> <td>*****</td> </tr> </table>		1*	*****	2*	*****	3*	*****
1*	*****						
2*	*****						
3*	*****						
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11	IOF (R\$) / PRÊMIO TOTAL (R\$) 0.32 / 84.43						
DATA DE PAGAMENTO 04/19							
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA							
LOCAL BREJO DA Roberto da Silva DIRETOR	DATA 06/04/19 les Pa						





9.349.263 05/12/2013

<< MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS >>

<< SEBASTIÃO DE MELO BARROS >>

<< SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA >>

SUME - PB 20/04/1988

<< 069922 01 55 1988 1 00004 521 >>

0003654 41 CAMALAU-PB >>

113.317.424-80

Deposito de Polícia Gestor do 113.317.424-80

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF
(Válido somente com documento de identificação.)

Nº do CPF: 113.317.424-80

Nome: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data de Nascimento: 20/04/1988

Comprovante emitido às 08:55:42 do dia
15/03/2011 (hora e data de Brasília)

Código de Controle do Comprovante:
A949.447A.RFCA.1285

Digito Verificador: 00

Autenticidade: este comprovante deve ser



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (Vítima beneficiária)

NOME: MARCELO ALVES FERREIRA
IDENTIDADE: 9379268, CPF: 773377424-80
EST.CIVIL: SOLTEIRO, PROFISSÃO: AGRICULTOR
ENDEREÇO: ST. CÍTIAS, Nº 70
BAIRRO: BOA VISTA
CIDADE: RECIFE, UF: PE

OUTORGADO (Procurador)

NOME: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
RG: 2.923.963 SDS/PE, CPF: 386.058.134-15, EST.CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO.
END: RUA COLOMBIA N*43, BAIRRO: MAURICIO DE NASSAU, CIDADE: CARUARU, UF: PE.
Feio presençe instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me a seguradora líder dos consorcio do seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT da VÍTIMA: MARCELO ALVES FERREIRA
CPF: 773377424-80, COBERTURA: ACIDENTE
Data do acidente: 04/05/2019

MARCELO ALVES FERREIRA

ASSINATURA DO OUTORGANTE (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO)

Reconhecer firma por autenticidade

RECIFE, PE, 04/05/2019 de 01/19 de 2019

Local e data:

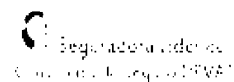
RECONHECIDA POR MELA...
RJ 56...
TEIRA...
3,39...
R\$ 1,18...



Antônio Jandoir de Araújo
B...
R11 1/47 21



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256883/19

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

CPF: 113.317.424-80

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/05/2019

Titular do CPF: MARCONDES ALVES
FEITOSA BARROS

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

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS : 113.317.424-80

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: 29/07/2019
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

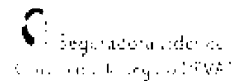
Data do cadastramento: 29/07/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Josyelli de Oliveira Cabral



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256883/19

Número do Sinistro: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

CPF: 113.317.424-80

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 04/05/2019

Titular do CPF: MARCONDES ALVES
FEITOSA BARROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

ABENILDA MARIA 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, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOUR DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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 14640612

Pag. 01279/01280 - carta_01 - INVALIDEZ

00020640





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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOUR DE ARAUJO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na ARUANA SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

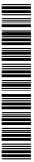
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00809/00810 - carta_25 - INVALIDEZ

00020405





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

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001666-7

Conta: 0000032026-9

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





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, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01635/01636 - carta_09 - INVALIDEZ

00050818



Carta nº 14977376





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 2.500,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: Agência: 22 - CONTA: 23 - AGENCIA: 24 - CONTA: 25 - AGENCIA:

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

Autorizo a Seguradora LIDER a realizar a transferência de valores para o titular da conta bancária informada, bem como a retenção de valores para o pagamento do Seguro DPVAT a que eu venho aderir, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

26 - 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 (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Informo, sob as penas da lei, que não apresentei o laudo do IML para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, por não ter sido possível obter o laudo do IML para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.847/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização significa minha intenção de não apresentar recurso administrativo ou judicial para contestar o direito de indenização, caso daudo do IML não for apresentado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 30 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

31 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

33 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 34 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

35 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 36 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

37 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 38 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

39 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 40 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

41 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 42 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

43 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 44 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

45 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 46 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

47 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 48 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

49 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 50 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

51 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 52 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

53 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 54 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

55 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 56 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

57 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 58 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

59 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 60 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

61 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 62 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

63 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 64 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

65 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 66 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

67 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 68 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

69 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 70 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

71 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 72 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

73 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 74 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

75 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 76 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

77 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 78 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

79 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 80 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

81 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 82 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

83 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 84 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

85 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 86 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

87 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 88 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

89 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 90 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

91 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 92 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

93 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 94 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

95 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 96 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

RECEBIMOS **PARCERIAS P. P. BARROS**
NUMERO: 1000-2 **CONTA:** **1000-2**

DATA **03/07/2019**
NR. DOCUMENTO **16.861.047.200.000**
VALOR DINHEIRO **100.000**
VALOR TOTAL **100.000**

NR. AUTENTICACAO **3.988.5AD.E22.58C.448**
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 111ª CIRCUNSCRIÇÃO - JATAÚBA - DP111ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0201000291**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/07/2019** às **12:16**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/5/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JATAUBA, 1, RODOVIA PE 160. PRÓXIMO AO POSTO OZABEL - Bairro: CENTRO - JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA (OUTRO)
CLAUDENI MARIA DE SOUSA (TESTEMUNHA)
MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA Pai: SEBASTIÃO DE MELO BARROS Data de Nascimento: 20/4/1988 Naturalidade: SUMÉ / PARAIBA / BRASIL Documentos: 9349268/SDS/PE (RG). 11331742480 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 999208328

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO OITIS, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CLAUDENI MARIA DE SOUSA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: , Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO OITIS, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

04/07/2019 12:07



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJZ2996** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **980961845** Chassi: **9C2JC3070BR670071**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **HONDA CG 125 FAN**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL. A PESSOA DE MARCONDES ALVES FEITOSA, DEVIDAMENTE QUALIFICADO NESTE BOE, O QUAL PASSOU A DECLARAR A ESTE POLICIAL DE PLANTÃO QUE: NO DIA 04 DE MAIO DO ANO EM CURSO, PERÍODO DA TARDE RETORNAVA DO CONGO PARAIBA PARA SUA CASA NA CIDADE DE BREJO DA MADRE DE DEUS MAIS PRECISAMENTE NO SÍTIO M OITIS, PILOTANDO A MOTOCICLETA NESTE DESCRITA NAS MARGENS DA PE 160, E JÁ NESTE MUNICÍPIO JATUBA PRÓXIMO AO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE OZAEI, COLIDIU COM UM VEÍCULO CROSFOX DE COR PRATA, PORÉM NÃO FORA ANOTADA A PLACA E NEM IDENTIFICADO SEU CONDUTOR QUE IGNOROU O OCORRIDO SEGUINDO SEM PRESTAR O DEVIDO SOCORRO A VÍTIMA, POIS ESTA AO COLIDIR COM O REFERIDO VEÍCULO CAIU E COM AQUELA SOFREU FRATURAS NOS MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR DIREITO, SENDO ENTÃO ACIONADO O SAMU PARA OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE APÓS A IMOBILIZAÇÃO DEVIDA O SOCORRERAM PARA A UNIDADE MISTA LOCAL, E DEVIDO AS LESÕES SOFREIDAS MARCONDES FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU.

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **FABIO COELHO DE ARAUJO** - Matrícula: **150525-4**

04/07/2019 12:07





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 111ª CIRCUNSCRIÇÃO - JATAÚBA - DP111ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0201000291**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/07/2019** às **12:16**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **4/5/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE JATAUBA, 1, RODOVIA PE 160, PRÓXIMO AO POSTO OZAEI** - Bairro: **CENTRO - JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA (OUTRO)
CLAUDENI MARIA DE SOUSA (TESTEMUNHA)
MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA Pai: SEBASTIÃO DE MELO BARROS Data de Nascimento: 20/4/1988 Naturalidade: SUMÉ / PARAIBA / BRASIL Documentos: 9349266/SDS/PE (RG). 11331742480 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 999206328

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO OITIS, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CLAUDENI MARIA DE SOUSA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: , Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO OITIS, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

04/07/2019 12:07



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

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

Placa: **KJZ2996** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **988961645** Chassi: **9C2JC3070BR670071**

Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **HONDA CG 125 FAN**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL. A PESSOA DE MARCONDES ALVES FEITOSA, DEVIDAMENTE QUALIFICADO NESTE BOE, O QUAL PASSOU A DECLARAR A ESTE POLICIAL DE PLANTÃO QUE: NO DIA 04 DE MAIO DO ANO EM CURSO, PERÍODO DA TARDE RETORNAVA DO CONGO PARAIBA PARA SUA CASA NA CIDADE DE BREJO DA MADRE DE DEUS MAIS PRECISAMENTE NO SÍTIO M OITIS, PILOTANDO A MOTOCICLETA NESTE DESCRITA NAS MARGENS DA PE 160, E JÁ NESTE MUNICÍPIO JATUBA PRÓXIMO AO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE OZEL, COLIDIU COM UM VEÍCULO CROSFOX DE COR PRATA, PORÉM NÃO FORA ANOTADA A PLACA E NEM IDENTIFICADO SEU CONDUTOR QUE IGNOROU O OCORRIDO SEGUINDO SEM PRESTAR O DEVIDO SOCORRO A VÍTIMA, POIS ESTA AO COLIDIR COM O REFERIDO VEÍCULO CAIU E COM AQUELA SOFREU FRATURAS NOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES DIREITOS, SENDO ENTÃO ACIONADO O SAMU PARA OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE APÓS A IMOBILIZAÇÃO DEVIDA O SOCORRERAM PARA A UNIDADE MISTA LOCAL, E DEVIDO AS LESÕES SOFRIAS MARCONDES FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU.

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por:  **FABIO COELHO DE ARAUJO** - Matrícula: **150525-4**



Adm. 07





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 2.500,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: Agência: 22 - CONTA: 23 - AGENCIA: 24 - CONTA: 25 - AGENCIA:

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 realizar a transferência de valores para o titular da conta informada, bem como a retenção de valores para o pagamento do Seguro DPVAT a que eu venho aderir, desde que seja suficiente para a entrega do crédito quitado total do valor recebido.

26 - 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 (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Informo, sob as penas da lei, que não apresentei o laudo do IML para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, por não ter sido possível obter o laudo do IML para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, decorrente da ausência de atendimento ao prazo de 90 (noventa) dias do pedido, declarando que esta autorização significa minha intenção de não apresentar recurso administrativo ou judicial para contestar a decisão da Seguradora Líder.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima tiver filhos, informe: ☐ Sim ☐ Não 30 - Se a vítima tiver filhos, informe: ☐ Sim ☐ Não 31 - Se a vítima tiver filhos, informe: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima tiver filhos, informe: ☐ Sim ☐ Não 33 - Se a vítima tiver filhos, informe: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e provarem a condição de estar vivos entre a data do óbito da vítima e a data da entrega do valor recebido, além da apresentação do documento de identificação do beneficiário.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

37 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 38 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 39 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

40 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 41 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 42 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

43 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 44 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 45 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

46 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 47 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 48 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

49 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 50 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 51 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

52 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 53 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 54 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

55 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 56 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 57 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

58 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 59 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 60 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

61 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 62 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 63 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

64 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 65 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 66 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

67 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 68 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 69 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

70 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 71 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 72 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

73 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 74 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 75 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

76 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 77 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 78 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

79 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 80 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 81 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

82 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 83 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 84 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

85 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 86 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 87 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

88 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 89 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 90 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

91 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 92 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 93 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

94 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 95 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 96 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

97 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 98 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 99 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

100 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 101 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 102 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

103 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 104 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 105 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

106 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 107 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 108 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

109 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 110 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 111 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

112 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 113 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 114 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

115 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 116 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 117 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

118 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 119 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 120 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

121 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 122 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 123 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

124 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 125 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 126 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

127 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 128 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 129 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

130 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 131 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 132 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

133 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 134 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 135 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

136 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 137 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 138 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

139 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 140 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 141 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

142 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 143 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 144 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr (a)

Murilo Oliver Jataúba Bezerra

CPF: 113.317.424 - 86 RG: 9.349.285 / 525 - PE, que
consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGRESTE,
atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID - ID: 0221
no dia 04/05/2020 às 24:40 h Endereço:

PC Jataúba
Ponto de Referência: Em frente ao posto da Opa

Bairro: Boa Vista Cidade: Jataúba - PE

Queixa: Cadela de mato

tendo sido enviada a: USF, que prestou atendimento a
vítima no local, transportando-a para o hospital:

Hospital Santa Ana Oculomaxilar Beira

Se liberado no local: Sim

Recusou atendimento: Sim

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a)
paciente os seguintes procedimentos:

Exame físico; imobilização padrão, im-
obilização de membros; curativo venoso
prévio; monitorização vital / oxim.

Jataúba, 27 de Maio de 2020.

Thaiza Milena Oliveira Bezerra

Enfermeira

CREN-PE 477.356

Thaiza Milena Oliveira Bezerra

Coordenadora

SAMU Base Jataúba



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: 27/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01666-7

CONTA: 000000032026-9

Nr. da Autenticação 28B856B44EEED48D



[illegible]

PAGES DO NOT COUNT.

^c "FLO" ALL-PADE CONSUMIDOR

CLASSIFICATION

[illegible]

DATA CONTRAST

7002919332

STANDARD

06/2019

DATA SUBSCRIPTION

14/06/2019

DATE OF THE LAST REVISION: 1/1/2000

09/07/2019

[illegible]

AT-DQ-23-NT

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

—TALL, IN GREAT LENGTH, 11

30,96

DE CRICADA DA NOTA FI CA

[illegible]

3:45

ALTERNATIVO DE CANCELAMENTO DA NOTA FISCAL

Nº DO RECEBÓ	TIPO DA FUNÇÃO	INTERIOR		DIAZ	ATUAL.	LITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CODIN. INT.(NOM)
		DATA	LITURA							
00000000	0000	01-05-2019	64278	16-01-1	6391		28	100000		9770

METHOD OF FINDING

DATE	TIME	LOCATION	REMARKS
JUN 16	07		
JUN 19	08		
JUN 20	08		
JUN 21	08		
JUN 22	08		
JUN 23	08		
JUN 24	08		
JUN 25	08		
JUN 26	08		
JUN 27	08		
JUN 28	08		
JUN 29	08		
JUN 30	08		

FORMAZIONE DE TRIBUTI

	BASE OF CATHODE	%	VAL BAG
46	20:2	0.7	
		0	

CONFIDENTIAL AND LEGALLY PRIVILEGED

[illegible]

TRUPA APPLICATION

03-09-01
01-09-01

REYNOLDS, W. J., JR., FISHCO

11 JUL 2014 1453

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

For more information, contact:
 The American Society for the Study of the
 History of the Suburbs, Inc.
 1000 Woodloch Forest Drive, Suite 100
 Oak Ridge, TN 37830
 Phone: 615/895-2000
 Fax: 615/895-2001
 Email: info@ahs-usa.org
 Website: www.ahs-usa.org

DISTRIBUIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERAÇÕES					ANÁLISE DE TENDÊNCIAS		
CONDIÇÃO	Nº DE TESTES	Nº DE APLICAÇÕES	TENDÊNCIA		TENDÊNCIA NOVEMBRO (D)	TENDÊNCIA DEZEMBRO	
			POSITIVA	NEGATIVA		POSITIVA	NEGATIVA
001	1	0	11	22	0	0	0
002	1	0	9	13	0	0	0
003	1	0	3	0	0	0	0





AVENIDA GROS CARUARA - NUN. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0630 081 0194
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 08.789.035/0001-64
Qualidade de Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019056336914

Escritório: CARDUARO

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARIA JOSE DE SIQUEIRA ARAUJO

RUA COMBIA, N. 000-13 - MAURICIO DE NASSAU CARDUARO PE 55012-260

INSCRIÇÃO: 041.541.338.0189.000

GRUPO 3

OPÇÃO DIB. AUTOMÁTICO: 00633691.4

00633691.4

05/2019-7

DATA

FAZENDA

2019052937

25/06/2019

25/06/2019

REAL

ÁGUA
LEIT. ANT.: 1632
LEIT. ATUAL: 1647
LIT. ENT.: 1647

CONSUMO: 15

ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:

VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO RESIDUAL/CONSUMO

01/01/19	15/	1	1632
02/01/19	19/	1	1632
03/01/19	17/	1	1632
04/01/19	07/	1	1632
05/01/19	07/	1	1632
06/01/19	07/	1	1632
07/01/19	07/	1	1632
08/01/19	07/	1	1632
09/01/19	07/	1	1632
10/01/19	07/	1	1632

PARÂMETROS

TURBIDIDADE
COR APARENTE
CLORO RESIDUAL
COLIFORMES TOTAIS
E. COLI

EXIG. PELA PORT

Nº 3.814/11
188
166
166
166
166

NÚMERO DE AMOSTRAS

ANÁLISES
REALIZADAS

188
166
166
166
166

ATENDIMENTO
LEGISLAÇÃO

188
166
166
166
166

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS ADEQUADA EM 100% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO
INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO
VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATI 10 M3 - R\$ 41,10 (POR UNIDADE)

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

MULTA P/IMPUNTUALIDADE 04/2019

CONSUMO POR FAIXA

10 M3

5 M3

VALOR R\$

41,30

23,70

1,34

PIE	SALDO DE FÉLIX	PARCIELAL (R\$)	VALOR DO FÉLIX
05/06/2019	15,00	1,65	1,65
05/06/2019	65,00	7,80	4,94

05/06/2019

66,34

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 2 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 167,31. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A
MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Enviado por: INTERNET

Enviado em: 05/06/2019



DEPARTAMENTO COMERCIAL
FATURAMENTO E CONTABILIDADE



0800 281 181

00633691.4

05/2019-7

05/06/2019

66,34

CODIGO DE BARRAS

82850006000-0 66346018041-0 00633691401-5 05201970003-5

VIA COMPESA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/06/2020 10:00:39
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061610003935500000062384110
Número do documento: 20061610003935500000062384110

Num. 63553451 - Pág. 67

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (disponível para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/biblioteca/web/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 taxa 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.

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

Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Sistema Financeiro da União, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.131/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Inscrito (a) no CPF/CNPJ 316.200.334-35 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MAGGUEDES ALVES FELIX DA SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 153.317.424/80 do sinistro de DPVAT cobertura 16.210.15 da Vítima MAGGUEDES ALVES FELIX DA SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 153.317.424/80 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua São João, 13-A</u>		Número <u>23</u>		Complemento	
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Monte Belo</u>	Estado <u>MG</u>	CEP <u>35500-260</u>		
e-mail <u>antonio.yves@lider.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(35) 3174-2105</u>		Telefone celular (DDD) <u>(35) 3174-2105</u>	

Assinada em Monte Belo em 16 de junho de 2020
Local e Data

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura do Declarante

OLDRL 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: 4020-1595 / 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 Ouidoria: 0800 021 81 35

EU, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
RG nº 4.122.311, data de expedição 11/11/15
Órgão SSP - RJ, portador do CPF nº 090.400.212-01
com domicílio na cidade de PARAIBA, no Estado de PB,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV. BRASIL, 100, nº 100
complemento 100, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, cujo o condutor era
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Veículo 100 Modelo 100 Ano 2015
Placa 100-999 Chassi 100-999-100
Data do Acidente: 11/11/15

Local e Data: 100-999-100

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinatura do Declarante

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

Reconhecido por AUTENTICIDADE 1 (firma) de (1/AGOSTINHO)
ANTONIO SOUZA SILVA
Dou fe. Santa Cruz do Cabrito, 04/07/2019 - Total: 4 g;
Em Testemunho _____ da Verdade
Juliana Honorio de Souza - Escrevente
Selo(s): 0159487.0606201901 03980
* Consulte autenticidade em: www.tjpa.jus.br/selodigital





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3190431544 3 - CPF da vítima: 333.337.424-80 4 - Nome completo da vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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

5 - Nome completo: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS 6 - CPF: 333.337.424-80

7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: SIOITES 9 - Número: 40 10 - Complemento:

11 - Bairro: 170 OTS 12 - Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55370-000

15 - E-mail: mseguro@norte@brazil.com 16 - Tel.(DDD)-83.9246-9377 17 - Tel.(DDD)-9727

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL - 003

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

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 1666 7 CONTA: 3-1111 9

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CARUARU - PE 16/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



03/07/2019 BANCO DO BRASIL 03/07/2019
100010472 SEGUNDA VIA
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: MARCONDES A F BARROS
AGENCIA: 1688-7 CONTA: 32.026-9

DATA 03/07/2019
NR. DOCUMENTO 16.661.047.200.059
VALOR DINHEIRO ~~1202,00~~
VALOR TOTAL ~~1202,00~~

NR. AUTENTICACAO 3.9BB.5AD.E22.58C.448
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

2

mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogb#inbox/KtbxLrjCLnHqMgxdMwDCGxLjJRwJcbJB?projector=1&messagePartId=0.1





Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Ana Argemira Correia



Resumo do Atendimento de Pacientes

Paciente: **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**

CNS/Registro: 900000000050844

Sexo: M Data de Nascimento: 20/04/1988

Profissão: Trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores assemelhados

Filiação: Mãe: SONIA MARIA ALVES FEITOSA

Pa: SEBASTIÃO DE MELO BARROS

Endereço: SÍTIO QIT S

Nº BREJO DA MADRE DE DEUS - PE

Nº do Atendimento	Data do Atendimento	Diagnostico Provisorio	IDADE
0000505892	04/05/2019	VITIMA DE COLISÃO COM MOTO	39 ANO(S)





SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente Data Int: 31/05/2019 09:53 Atendimento: 513858 Nº AIH: _____

Nome: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS Prontuário: 338029

Data Nasc.: 20/04/1988 Idade: 31 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS Religião: _____

CPE: 11331742480 RG: 934926E CNF: 702402514719027

Endereço: SÍTIO CITI Nº: _____

Bairro: ZONA RURAL Cidade: BREJO DE LAZAROS Estado: PE

CEP: 55172973 Fone: 98107716 Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA

Nome do Conjugue: _____

Nome: _____

Parentesco: _____ RG: _____ Fone: _____

2 - Internar Para

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: ORTOPEDIA

Leito: ORTOPEDIA 55

Diagnóstico Inicial

(Constante do Laudo Médico): _____ CID: _____

Procedimento Solicitado: _____ CÓD: _____

Procedimento Realizado: _____ CÓD: _____

3 - Atendimento Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesiista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

- ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- ☐ DIÁRIA DE UTI
- ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- ☐ VACINA ANTIRH
- ☐ USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- ☐ USO DE PRÓTESE, ORTESE
- ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- ☐ USO DE OXIGENADORES
- ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - História Clínica

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
31/05/2019 09:53		



N 221259

338.20 SUS

15 30 13.06/13

20 10 10/14 20 1

Resolução de 15/06/13

15/06/13

15/06/13

15/06/13

15/06/13

15/06/13

15/06/13

15/06/13

15/06/13

15/06/13

Ruim para o meu
uso pois por enquanto não há
igual Su nº 2 + 2/10/13

RECEBIDA SEGURADORA
20 JUL 2013

29 JUL 2020

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nº do Leito

Nº do Registro

2º Assistente

Anestesiista

Enfermeiro

Técnico





Ortomédica
SERVIÇOS ORTODONTICOS LDA

Estrada do Encastamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.657/0001-27 Ins. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

338029

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RC-06)

Nº 059054

2º Via Cliente

Hospital: RA

Convênio: +MC

Cidade: Caruaru

Nome do Paciente: Marcos Mendes Alves Teixeira Barros

Data da Cirurgia: 19/06/19

Médico: DR. Wilson Gomes

Membro Operado: Tubia D

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
- Placa DCP 1.5		01	
UF 285193-3 070203090-2			
- Enxerto Ósseo		02	
EF 167508-6			

HAP-91 Aplicação: 5.0g - 10 mesh Lote: HA17034-1M Validade: 2019-12 STERILIZADO	HAP-91 Aplicação: 5.0g - 10 mesh Lote: HA17034-1M Validade: 2019-12 STERILIZADO				
PARAFUSOS CANULADOS	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	NP				
	QUANT.				
	LOTE				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: Leandro

EX 107
29 JUL 2019





Dr. Gustavo

LIBÓRIO

CRM 15582 / TEOT 13985

ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO



ORTOPEDIA ESPECIALIZADA DO AGRESTE

Material de Sntes
Evoluiu com Mxpreta
Canais e Reactor
FOX. MEXAS

FISIOTERAPIA :

✓

ARIANA SEGURADORA
16 OUT 2019

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582-TEOT 13985
TITULAR SBOT/SP/ASAM

DATA DA ALTA MÉDICA :

03/10/19

DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA/TRAUMA

RECONSTRUÇÃO

CRM 15582 - TEOT 13985

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582-TEOT 13985
TITULAR SBOT/SP/ASAM

Av. Agamenon Magalhães Nº 1116 - Maurício de Nassau
Caruaru-PE
81.3136.2983 / 9 9783.3052 TIM





Dr. Gustavo

LIBÓRIO

CRM 15582 / TEOT 13985

ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO



ORTOP

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA DO AGRESTE

LAUDO MÉDICO (DPVAT)

NOME/CPF:

143317-424-00

MACHADO ALVES FERNANDA MARIA

LOCAL / DATA DO ACIDENTE

FATIMA - PE / 07/05/19

DATA DA CIRURGIA:

0 29/04/19

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA - RECONSTRUÇÃO
CRM 15582 - TEOT 13985
TITULAR SEÇÃO ORTOPEDIA

HISTÓRIA CLÍNICA:

Acidente motorista com
fratura osso na perna
tratamento cirúrgico

11/10

Av. Agamenon Magalhães Nº 1116 - Maurício de Nassau
Caruaru-PE ortop.agreste@hotmail.com
81.3136.2983 / 9 9783.3052 TIM



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Usuário da Internação
MARIAESS



513211

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente		Data Int.: 31/05/2019 09:53	Atendimento: 513858	Nº AIH:
Nome: MARCONDES ALVES FEITOSA BARRO				
Data Nasc.: 20/04/1988	Idade: 31	Sexo: MASCULINO	Cor: PARD	Prontuário: 338029
CPE: 11331742480	RG: 9349266		CNS: 702402514719027	Religião:
Endereço: SÍTIO-OTI				Nº: 0
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS			Estado: PE
CEP: 55172973	Fone: 96107716			Profissão: AGRICULTOR
Nome da Mãe: SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA				
Nome do Conjugue:				
Nome:				
Parentesco:		RG:	Fone:	
2 - Internar Para				
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA				
Unidade de Internação: ORTOPEDIA			Leito: ORTOPEDIA 55	
Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico):				
Procedimento Solicitado:			CÓD.:	
Procedimento Realizado:			CÓD.:	
3 - Atendimento Médico				
Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo
				Méd. Assist. Ass./Carimbo
4 - Procedimentos Especiais				
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS ☐ DIÁRIA DE UTI ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ VACINA ANTI RH ☐ USO DE DERIVADOS DE SANGUE ☐ USO DE PRÓTESE, ORTESE ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ USO DE OXIGENADORES ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL				
5 - História Clínica				
ADRIANA SEGURADORA 16 OUT 2019				
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				
MOTIVO DE ALTA				
DATA DE INTERNAMENTO		DATA DE ALTA		DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
31/05/2019 09:53				

1 de 2





FICHA DE ANESTESIA

N 221259

Amendes, Alvaro Ectora

338029 SUS

M R A

21/06/19 15:30 13/06/19

front de fusão de tórax

88 150 90 140

21 21

o mesmo

pts. cefálico de front de tórax

o mesmo

15:30 16:30 17:30

1500 ml de 1500 ml

F-1500 ml
V-1500 ml

Ragou 1/1 intub

função para medicação 13:14, 1/1
unidade Sinais 13:14, 1/1 intub

ARCANA SEGURO
29 JUL 2019

1) celazepam	28
2) fentanyl	75 mg
3) midazolam	30 mg
4) morfina	80 mg
5) furosemida	13 mg
6) clorpromazina	10 mg
7) dipropionato	28
8) nalmefina	4 mg
9) clonidina	40 mg

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO			
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO			
Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE			
Presidente:	Maurício Alves Furtado		
Cirurgião:	Oscar de Almeida		
Operador:	Miguel Gomes de Almeida		
1º Assistente:			
2º Assistente:			
Instrumentador:			
Anestesiologista:			
Enfermeiro:			
Data da Operação:	Início:	Término:	
Descrição da Operação: fratura de fêmur com placa			
Diagnóstico Pré-Operatório:			
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Operação Proposta:			
Operação Realizada:			
Descrição do Ato Operatório			
1) 1.º Et. de 10/11/19, 1.º Et. de 10/11/19 2) 2.º Et. de 10/11/19, 2.º Et. de 10/11/19 3) 3.º Et. de 10/11/19, 3.º Et. de 10/11/19 4) 4.º Et. de 10/11/19, 4.º Et. de 10/11/19 5) 5.º Et. de 10/11/19, 5.º Et. de 10/11/19 6) 6.º Et. de 10/11/19, 6.º Et. de 10/11/19 7) 7.º Et. de 10/11/19, 7.º Et. de 10/11/19 8) 8.º Et. de 10/11/19, 8.º Et. de 10/11/19 9) 9.º Et. de 10/11/19, 9.º Et. de 10/11/19 10) 10.º Et. de 10/11/19, 10.º Et. de 10/11/19			

29 JUL 2013

VENDEDOR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

3003

PARAFUSOS DE INTERFERON

PARAFUSOS CARULADOS

LOTE

QUANT

Nº

LOTE

QUANT

STERILE EO

Validade: 2018-12

Lot: HA17034-1M

Apresentação: 5.0g - 10 mesh

STERILE EO

Validade: 2018-12

Lot: HA17034-1M

Apresentação: 5.0g - 10 mesh

HA17-91

HA17-91

MATERIAL

ESPECIFICAÇÃO

QUANT

LOTE

Médico: R. W. Gomes - 6000

Nome do Paciente: Francisco Gomes

Data da Cirurgia: 19/06/14

Cidade: Oremedica

Convênio: 710

Hospital: H-14

Oremedica

Fontes: (31) 3288-6554 / 3441-6968 Fax: (31) 3288-6781

CNPJ: 24.061.657/0001-27 InsP: Est. 18.1.007.0740008-5

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

Estado do Empacotamento: 51 - Pampulha

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA

Nº 050454

(RQ-05)

27 Via Clínica



Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco - SES/ SUS / PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: Marcelo Alves F. Lima
Nome: Marcelo Alves F. Lima
Registro Nº: 0000000000
Clínica: 0000000000 Enfermária: 0000000000

paciente em
tratamento
com o plano D
glicose mantida
apostado da tubat
em mais 60 dias
2094

17/19/2003

Data

Dr. Nelson Pereira do Carmo
CRM 0000000000

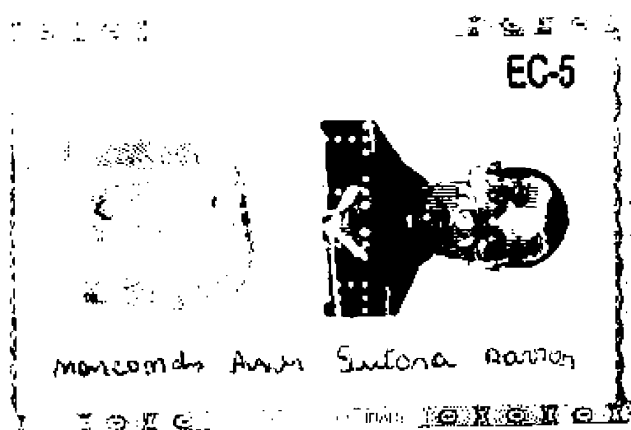
Médico - CRM

O primeiro cigarro é uma passagem para o vício
Elaida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89





9.349.263 05/12/2013

<< MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS >>

<< SEBASTIÃO DE MELO BARROS >>

<< SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA >>

SUME - PB 20/04/1988

<< 069922 01 55 1988 1 00004 521

0003654 41 CAMALAU-PB >>

113.317.424-80

Deposito de Polícia Gestor do

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF
(Válido somente com documento de identificação.)

Nº do CPF: 113.317.424-80

Nome: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data de Nascimento: 20/04/1988

Comprovante emitido às 08:55:42 do dia
15/03/2011 (hora e data de Brasília)

Código de Controle do Comprovante:
A949.447A.RFCA.1285

Digito Verificador: 00

Autenticidade: este comprovante deve ser

