



Número: **0018624-65.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66279365	13/08/2020 15:51	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653125

Vítima: RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR

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,

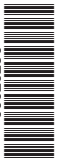
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15141347

Pag. 00499/00500 - carta_01 - INVALIDEZ

00020250





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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190653125 Vítima: RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 25/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 25/08/2019, emitido pelo Dr. FELIPE MESQUITA CRM nº 21360 - MG, da Instituição UPA 24H DE CAXANGÁ, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01897/01898 - carta_31 - INVALIDEZ

00040949



Carta nº 15179235



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 703.725.874-10 4 - Nome completo da vítima: RONALDO JOSÉ DA SILVA JUNIOR

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

5 - Nome completo: RONALDO JOSÉ DA SILVA JUNIOR 6 - CPF: 703.725.874-10
7 - Profissão: MOTO BOY 8 - Endereço: RUA DR. TUBAL URQUIZA VALENÇA 186 9 - Número: 186 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: IPATINGA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50690-600
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 99838-8411

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\$1.000,00 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 1835 ☒ CONTA: 59963 ☒
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 20 DE NOVEMBRO DE 2019

Ronaldo José da Silva Junior

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC-DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096005777**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/09/2019** às **08:55**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/8/2019** às **04:50**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAXANGA (BAIRRO), 01** - Bairro: **CAXANGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAXANGÁ GOLF CLUBE**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ZACARIAS (AUTOR \ AGENTE)
ZAINÉ SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA (OUTRO)
RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): **RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ZACARIAS**

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

RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ERONILZA SANTANA CORREIA DA SILVA** Pai: **RONALDO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **3/12/1993** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8918961/SDS/PE (RG), 70372587410 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 998388411**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 551, RUA NOSSA SENHORA DA SAÚDE, AP NÚMERO : 07 - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ZAINÉ SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SANDRA MARIA DE SANTANA** Pai: **IRAQUITAN PEREIRA DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **15/2/1997** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Descrição: **MODELO CG, 150 CC, ANO 2014, PLACA : OYS 2406, QUE ESTÁ EM NOME DA PESSOA DE ZAINÉ SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA.**

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ZACARIAS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ZACARIAS**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/SIENA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SOB SUA RESPONSABILIDADE QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, FOI " FECHADO " POR VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA. ALEGOU A VÍTIMA QUE, APÓS O ACIDENTE, FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU, FATO QUE GEROU O ATENDIMENTO DE NÚMERO : 1336166, DO DIA 25/08/2019 E LEVADO À UPA DA CAXANGÁ ONDE FOI MEDICADO. DIANTE DE TAL SITUAÇÃO, O MESMO VEIO A ESTA DP REGISTRAR O OCORRIDO PARA FICAR AMPARADO LEGALMENTE.

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

RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR
RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR
(VÍTIMA)

ZAINÉ SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA
(OUTRO)
Zaine Santana P. de Oliveira

B.O. registrado por: **JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096007066**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/11/2019** às **17:07**

Complementa o BO Número: **19E0096005777**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/8/2019** às **04:50**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAXANGA (BAIRRO), 1 - Bairro: CAXANGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAXANGÁ GOLF CLUBE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ZACARIAS (AUTOR \ AGENTE)
ZAINÉ SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA (OUTRO)
RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ZACARIAS
VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR

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

RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ERONILZA SANTANA CORREIA DA SILVA** Pai: **RONALDO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **3/12/1993** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8918961/SDS/PE (RG), 70372587410 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 998388411**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 551, RUA NOSSA SENHORA DA SAÚDE, AP NÚMERO : 07 - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ZAINÉ SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SANDRA MARIA DE SANTANA** Pai: **IRAQUITAN PEREIRA DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **15/2/1997** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR**

Scanned with CamScanner



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MODELO CG, 150 CC, ANO 2014, PLACA : OYS 3406, QUE ESTÁ EM NOME DA PESSOA DE ZAINE SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA.**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ZACARIAS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ZACARIAS**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/FIAT/SIENA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SOB SUA RESPONSABILIDADE QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, FOI " FECHADO " POR VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA. ALEGOU A VÍTIMA QUE, APÓS O ACIDENTE, FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU, FATO QUE GEROU O ATENDIMENTO DE NÚMERO : 1336166, DO DIA 25/08/2019 E LEVADO À UPA DA CAXANGÁ ONDE FOI MEDICADO. DIANTE DE TAL SITUAÇÃO, O MESMO VEIO A ESTA DP REGISTRAR O OCORRIDO PARA FICAR AMPARADO LEGALMENTE.

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

RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR

RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR
(VÍTIMA)

Zaine Santana P. de Oliveira
ZAINE SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR** - Matrícula: **272728-5**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 703.725.874-10 4 - Nome completo da vítima: RONALDO JOSÉ DA SILVA JUNIOR

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

5 - Nome completo: RONALDO JOSÉ DA SILVA JUNIOR 6 - CPF: 703.725.874-10
7 - Profissão: MOTO BOY 8 - Endereço: RUA DR. TUBAL URQUIZA VALENÇA 186 9 - Número: 186 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: IPATINGA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50690-600
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 99838-8411

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\$1.000,00 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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 1835 ☒ CONTA: 59963 ☒
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 20 DE NOVEMBRO DE 2019

Ronaldo José da Silva Junior

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MICHELE APARECIDA CONCEICAO COSTA

CPF: 067.431.014-43

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DR TUBAL URQUIZA VALEN A 186

IPATINGA/RECIFE
50890-000 RECIFE PE

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

DATA DE VENCIMENTO

25/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

18/10/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

18/10/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

081651255

CONTA CONTRATO

007012194883

Nº DO CLIENTE

2012388502

Nº DA INSTALAÇÃO

0005663637

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

352B.ABF8.DBCB.6750.2D85.6553.35F8.4944

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	124,00	0,81069952	100,52
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,59
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,05
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 073950165-19/08/19			0,76
TOTAL DA FATURA			124,37

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,81069952

HISTÓRICO DO CONSUMO

	OUT 19	SET 19	AGO 19	JUL 19	JUN 19	MAI 19	ABR 19
Consumo Ativo(kWh)	124	104	105	130	85	20	20

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh) 0,81069952

Scanned with CamScanner



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ZAINE SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA,
RG nº 8.467.028, data de expedição 04/09/18,
Órgão SSS - PE, portador do CPF nº 706.097.614-04,
com domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DR. TUBAL URQUIZA VALEN, nº 186,
complemento A, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
RONALDO JOSÉ DA SILVA JUNIOR, cujo o condutor era
RONALDO JOSÉ DA SILVA JUNIOR.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo CG 150 TITAN ESD Ano: 2014
Placa: OYS-3406 Chassi: 9C2KC1650EN028218
Data do Acidente: 25/08/19

Local e Data: RECIFE, 16 DE SETEMBRO DE 2019

Zaine Santana P. de Oliveira

Assinatura do Declarante

Ronaldo José da Silva Junior

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VALESA)
Avenida Caxangá, 3401 - Janga - CEP: 50.670-001 - Fone: (51) 3401-1400
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
ZAINE SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA
lançada em minha presença, dou fé
Recife, 16 de setembro de 2019, 09:25:45
Em testemunha, Willes Melo da Silva (Assistente Autorizado)
Selo: 0078240 PMO 09201903 01566
Selo: 0078240 PMO 09201903 01566
Selo: 0078240 PMO 09201903 01566





Nome:
204290-RONALDO JOSE DA SILVA
Sexo: Contatos:
MASCULINO 81 - 31844355 / -

Idade: Nascimento:
25a 9m 3d 03/12/1993

Data do Atendimento: 25/08/2019

Prontuário: 00204290

Nº Atendimento: 01336166

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

Mãe:
ERONILZA SANTANA CORREIA DA SILVA

Endereço:
NOSSA SENHORA DA SAUDE, 155 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50731020

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

Dor e edema no joelho esquerdo apos acidente motociclistico hoje.

EXAME FÍSICO:

EGB, eupneico, orentado, Glasgow = 15
Nuca livre
Edema na face AM do joelho esquerdo
Sem deformidades
Bloqueio algico

DIAGNÓSTICO:

1. Fratura diafisária da tibia esquerda

UPA 24h
CAXANGÁ
Dr. Felipe Mesquita
CRM 21360

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609

Scanned with CamScanner





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
204290-RONALDO JOSE DA SILVA
Sexo: Contatos:
MASCULINO 81 - 31844355 / -

Idade: Nascimento:
25a 9m 3d 03/12/1993

Data do Atendimento: 25/08/2019

Prontuário: 00204290

Nº Atendimento: 01336166

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

Mãe:
ERONILZA SANTANA CORREIA DA SILVA

Endereço:
NOSSA SENHORA DA SAUDE, 155 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50731020

Conduta:

1. Rx da perna e joelho esquerdos - Fratura diafisária da tibia esquerda sem desvio angular, com contato cortical > 90%, e translação < 2mm.

CD: 1. À UBS para controle do tratamento conservador com gesso coxopodálico.

UPA24h
CAXANGÁ
FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609

Scanned with CamScanner



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-08-25 06:01:20

Nome Paciente:	RONALDO JOSE DA SILVA
Cód. Paciente:	204290
Data de Nascimento:	03/12/1993
Sexo:	Masculino
Idade:	25
Senha:	OR0003
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1336166
SAME:	



Período: 2019-08-25 06:01:20 - 2019-08-25 06:10:13

Prioridade: **NÃO URGENTE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: TRAZIDO COM SAMU EM PRANCHA, FAZIA USO DE CAPACETE, APRESNETA DORES EM MIE EM REGIÃO DA TIBIA, HISTORICO D E QUEDA DE MOTO APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MID EM REGIÃO PATELAR

NEGA ALERGIAS

Observação: OCORRENCIA SAMU: 671874 SAMU RECIFE BASIC A 3

Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE

Discriminador(es): - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergias Atuais do Paciente

Substância	Observação
- NEGA -	

Acolhido(a) por: CINTIA CAVALCANTI FERNANDES - COREN: 6103 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-09-06 10:52:48

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned with CamScanner



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
8918961 SDS PE

CPF
703.725.874-10

DATA NASCIMENTO
03/12/1993

FILIAÇÃO
RONALDO JOSE DA SILVA
ERONILZA SANTANA CORREIA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB. A

Nº REGISTRO
06981477724

VALIDADE
17/04/2022

1ª HABILITAÇÃO
28/12/2017

OBSERVAÇÕES

Ronaldo Jose da Silva Junior

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
28/12/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

15714841645
PE090067789

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1754699807

PROIBIDO PLASTIFICAR
1754699807

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE

Nº 014668758864

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	1010019748	*****	2019

NOME
ZAINE SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA

RECIFE-PE

CPF/CNPJ	PLACA
706.097.614-04	OY83406

PLACA ANT/UF	CHASSI
*****	9C2KC1550ER028218

ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ESD	2014	2014

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	PARTIC	VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1ª *****
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *****
1	*****	3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	80.43	11/03/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

RECIFE-PE

DATA
11/07/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR PRESIDENTE DE DETRAN/PE

Scanned with CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190653125 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 25/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA (SEM DESVIO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190653125 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 25/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA (SEM DESVIO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412098/19

Vítima: RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR

CPF: 703.725.874-10

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR : 703.725.874-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019
Nome: RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR
CPF: 703.725.874-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

