



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
<b>RONALDO JOSE DA SILVA JUNIOR (AUTOR)</b>	<b>PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66279 365	13/08/2020 15:51	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15141347



220 00499/00500 - carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 15:51:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081315514966500000065026414>  
Número do documento: 20081315514966500000065026414

Núm. 66279365 - Pág. 1



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

---

Rio de Janeiro, 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 15:51:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081315514966500000065026414>  
Número do documento: 20081315514966500000065026414

Num. 66279365 - Pág. 2



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
703.725.874-10 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:	MOTOR BOY	8 - Endereço:	RUA DR. TUBAL URQUIZA VALENCA	9 - Número: 186
11 - Bairro:	IPUTINGA	12 - Cidade:	RECIFE	13 - Estado: PE
15 - E-mail:	14 - CEP: 50690-600 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:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1835 CONTA: 59963 Dígito: 8  
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (ao nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - 1º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha
		39 - 2º   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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





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 N°. 19E0096005777

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 )  
ZAINA SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA ( OUTRO )  
RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: ( Produto de crime contra o patrimônio ) , que estava em posse do(a) Sr(a): RONALDO JOSE DA SILVA JÚNIOR  
VEICULO: ( 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**

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

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

**VEÍCULO 01 (VEICULO)**, 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 (VEICULO)** 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**  
(VITIMA)

*Zaine Santana Pereira de Oliveira*  
**Zaine Santana Pereira de Oliveira**  
(OUTRO)

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/2ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **25/8/2019 às 04:50**

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ZACARIAS ( AUTOR / AGENTE )  
ZAINA SANTANA PEREIRA DE OLIVEIRA ( OUTRO )  
RONALDO JOSÉ DA SILVA JÚNIOR ( VITIMA )

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**

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

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

**VEÍCULO 01 (VEICULO)** 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: **AUTOMÓVEL/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**  
(VITIMA)  
*Zaíne Santana Pereira 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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
703.725.874-10 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:	MOTOR BOY	8 - Endereço:	RUA DR. TUBAL URQUIZA VALENCA	9 - Número: 186
11 - Bairro:	IPUTINGA	12 - Cidade:	RECIFE	13 - Estado: PE
15 - E-mail:	14 - CEP: 50690-600 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:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1835 CONTA: 59963 Dígito: 8  
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (ao nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		Assinatura da testemunha
			39 - 2º   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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83**



**Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02**  
**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	DATA DE VENCIMENTO  <b>25/10/2019</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  18/10/2019  DATA DA APRESENTAÇÃO 18/10/2019  NÚMERO DA NOTA FISCAL 081651255	CONTA CONTRATO  00701219483  Nº DO CLIENTE 2012388502  Nº DA INSTALAÇÃO 0005663637
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  RUA DR TUBAL URQUIZA VALEN A 186	TOTAL A PAGAR (R\$)  <b>0,00</b>	CLASSIFICAÇÃO  <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico	
IPATINGA/RECIFE 50690-600 RECIFE PE	RESERVADO AO FISCO  <b>352B.ABF8.DBCB.6750.2D85.6553.35F8.4944</b>		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site da Companhia.			

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 15:51:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081315514966500000065026414>  
Número do documento: 20081315514966500000065026414

Num. 66279365 - Pág. 9



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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

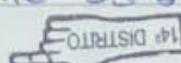
Eu, Zaine Santana Pereira de Oliveira,  
RG nº 8.467.028, data de expedição 04/09/18,  
Órgão SOS - PE, portador do CPF nº 706.097.614-04,  
com domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA SR. TUBAL URQUIZA VALÉR, nº 186,  
complemento A, declaro, 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)



Scanned with CamScanner





Nome:

204290-RONALDO JOSE DA SILVA

Sexo: MASCULINO

81 - 31844355 / -

Mile:

ERONILZA SANTANA CORREIA DA SILVA

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRÓTICO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ

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

**Endereço:**NOSSA SENHORA DA SAÚDE, 155 -  
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:  
50731020  
Hospital Infantil  
**Maria Lucinda**  
Fundação Manoel da Silva Almeida

Data do Atendimento: 25/08/2019

Prontuário: 00204290

Nº Atendimento: 01336166

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

**REGISTRO CLÍNICO****QPD/HDA:**

Dor e edema no joelho esquerdo após acidente motociclistico hoje.

**EXAME FÍSICO:**EGB, eupneico, orientado, Glasgow = 15  
Nuca livre.  
Edema na face AM do joelho esquerdo  
Sem deformidades  
Bloqueio algico**DIAGNÓSTICO:**

1. Fratura diafisária da tibia esquerda

*UPA24h*  
*CAXANGÁ*  
*RECIFE*  
*PERNAMBUCO*  
*Oct 2019*

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

**Scanned with CamScanner**

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 15:51:49  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081315514966500000065026414>  
Número do documento: 20081315514966500000065026414

Num. 66279365 - Pág. 11



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

Mãe: ERONILZA SANTANA CORREIA DA SILVA

# UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ

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

Endereço:

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



Data do Atendimento: 25/08/2019  
Prontuário: 00204290  
Nº Atendimento: 01336166  
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

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 coxopodélico.

UPA24h  
CAXANGÁ  
Dr. Filipe Mesquita

FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 15:51:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081315514966500000065026414>  
Número do documento: 20081315514966500000065026414

Num. 66279365 - Pág. 12

## 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, HISTÓRICO DE QUEDA DE MOTO APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MID EM REGIÃO PATELAR

NEGA ALÉRGIAS

Observação: OCORRENCIA SAMU:671874 SAMU RECIFE BASIC A 3

Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE

Discriminador(es): - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

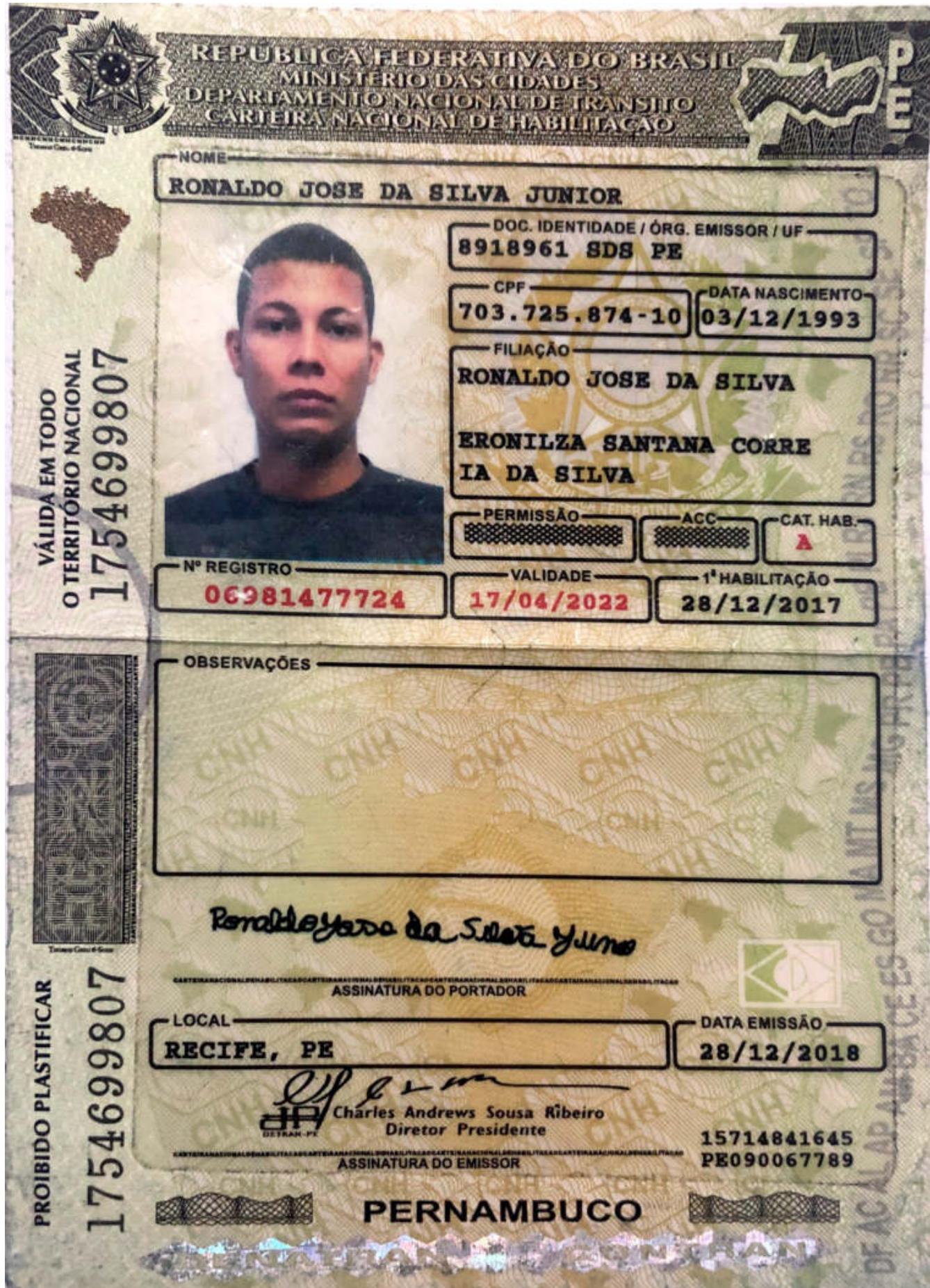
Alergias Atuais do Paciente

Substância Observação

- NEGA - .

Acolhido(a) por: CINTIA CAVALCANTI FERNANDES - COREN: 6103 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)  
Data Impressão: 2019-09-06 10:52:48





Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 15:51:49  
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081315514966500000065026414  
Número do documento: 20081315514966500000065026414

Num. 66279365 - Pág. 14

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN

CÔNTRAN

DETAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

NOME ZAINE SANTANA PEREIRA DE OLIVEIR  
A  
RECIFE - PE

CPF/CNPJ 706.097.614-04 PLACA OYS3406

PLACA ANT/UF \*\*\*\*\* CHASSI GCZKC1650ER028210

ESPECIE TIPO PAS MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

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

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

COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO VENC. COTA UNICA VENC/COTAS 1º \*\*\*\*\*  
FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO/COTAS 2º \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\* 3º \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 80.45 DATA DE PAGAMENTO 11/03/19

OBSERVAÇÕES

BEM RESERVA DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL RECIFE - PE DATA 11/07/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles  
REITOR DE ESTUDOS DO DETAN/PE



## 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 %



## 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 %



## 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 médica-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

