



Número: **0031129-88.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68083013	16/09/2020 18:21	<a href="#">ANEXO 1</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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190664365 Vítima: JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

Data do Acidente: 28/09/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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. 01911/01912 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060956



Carta nº 15184940





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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664365

Vítima: JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

Data do Acidente: 28/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

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 15184983





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, 17 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190664365**

**Vítima: JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES**

**Data do Acidente: 28/09/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00147/00148 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050074



Carta nº 15249059





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, 28 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190664365**

**Vítima: JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES**

**Data do Acidente: 28/09/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES**

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

**Recebedor: JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES**

**Valor: R\$ 1.350,00**

**Banco: 001**

**Agência: 000000159-7**

**Conta: 000010083033-1**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00363/00364 - carta\_15R - INVALIDEZ

00030182





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do registro ou ASL: 159.188.044-52 3 - CPF do titular: 039.188.044-52 4 - Nome completo da vítima: Jose Mercurio de Lima Soares

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

5 - Nome completo: Jose Mercurio de Lima Soares 6 - CPF: 039.188.044-52  
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Si. Lagoa do Algodão 680 casa  
11 - Bairro: Pau Fome 12 - Cidade: Riacho das Almas 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55190-00  
15 - E-mail: recusou 16 - Tel (DDD): 81 99304-0899

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:

☒ RECLUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o processamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 ☐ Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) (menor)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CPV.001 V002/2019





BANCO DO BRASIL S.A.		
28/10/2019 -	AUTO-ATENDIMENTO	10.35.28
8482471471		
EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA		
AGENCIA: 0159-7	CONTA:	83.033-X
CLIENTE: JOSE MESSIAS LIMA SOARES		
HISTORICO	DOCUM.	VALOR
27/09/2019		
Saldo Anterior		
14/10/2019		
Pago conta telefone	101481	
VIVO PE		
Saldo		
17/10/2019		
Pago conta telefone	101701	
VIVO PE		
Saldo		
18/10/2019		
Transferencia recebida		
18/10 0159		
Transferencia enviada		
18/10 0159	83033	
Saldo		
21/10/2019		
Aplicacao Poupanca	863033	
19/10 0159	510003033-2	JOSE MESSIAS L
Transferencia enviada	016278	





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 98ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS ALMAS - DP98ªCIRC  
DINTER-1H4-DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0188000746**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/12/2018** às **15:19**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia **28/01/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, SÍTIO LAGOA DO ALGODÃO, PERTO DA BARRAGEM - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR LAZANTE)**  
**MARIA DO SOCORRO DE LIMA (TESTEMUNHA)**  
**JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO:** (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES**



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

**JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DE LIMA SOARES** Pai: **MARCIO JOSE CARDOSO SOARES** Data de Nascimento: **05/1988** Nacionalidade: **BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Condição: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones: **- 81491000**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, SÍTIO LAGOA DO ALGODÃO - PERTO DA VILA DE CORDA DANTAS - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA DO SOCORRO DE LIMA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA MARIA DA SILVA** Pai: **ACENÉZIO COSTA DE LIMA** Data de Nascimento: **05/1975** Nacionalidade: **BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Condição: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones: **- 81997130**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, SÍTIO LAGOA DO ALGODÃO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Condição: **DESCONHECIDO**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA DO SOCORRO DE LIMA**, que estava em posse do(a) **JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES**





11/09/2020

UNIDADE DE MANUTENÇÃO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN K9** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHR6171 (PERNAMBUCO/RIO DE JANEIRO)** Reserva: **962942945** Classe: **9C24C061D6R108525**  
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

### Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DEPOL A VITIMA DIZENDO QUE ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA E NA DATA DESIGNADA NESTE BO, ELE DISSE QUE PERDEU CONTROLE E CAIU DA MOTOCICLETA E NO OUTRO DIA FOI ENCONTRADO E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGENTE EM CARUARU E EM SEGUNDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO DO RECFE, ONDE SEGUNDO ELE, FOI CONSTATADO UM TRAUMA CRAINCOENCEFALICO. A VITIMA APRESENTOU E DEIXOU AQUI NA DEPOL UMA CÓPIA DO ATENDIMENTO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO CUJO NÚMERO DO PROTOCOLO É 972965. A VITIMA DECLAROU TUDO ISSO, REGISTROU E ASSINOU PARA O QUE FOR NECESSÁRIO.

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

JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES  
(VITIMA)

*Jose Messias de Lima Soares*

S.O. registrado por: **HALTÔN MANOEL DA SILVA - Matrícula: 273499-0**

*Halton Manoel da Silva*



10/12/2019

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 098ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS ALMAS - DP98DRC  
DINTER1/14ª DESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **18E0188000746**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/12/2018** às **15:19**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia **28/9/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, SÍTIO LAGOA DO ALGODÃO- PERTO DA BARRAGEM** - Bairro: **CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)  
MARIA DO SOCORRO DE LIMA (TESTEMUNHA)  
JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES**

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

**JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DE LIMA SOARES** Pai: **MARCIO JOSE CARDOSO SOARES** Data de Nascimento: **9/5/1988** Naturalidade: **RIACHO DAS ALMAS / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares: **- 81491080**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, SÍTIO LAGOA DO ALGODÃO- PERTO DA VILA DE CORO DANTAS - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA DO SOCORRO DE LIMA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA MARIA DA SILVA** Pai: **ADINÉZIO COSTA DE LIMA** Data de Nascimento: **6/6/1975** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4437212/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 81997130**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01, SÍTIO LAGOA DO ALGODÃO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 01 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

<http://servicos.sds.pe.gov.br/pemambuco/VisualizaBO.do?dUn=188&dOc=7504717&nroBO=18E0188000746&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENT...> 1



10/12/2019

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA DO SOCORRO DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a):  
**JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHR6171** (PERNAMBUCO/RIACHO DAS ALMAS) Renavam: **953942945** Chassi: **9C2KC08106R109525**  
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DEPOL A VÍTIMA DIZENDO QUE ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA E NA DATA DESIGNADA NESTE BO, ELE DISSE QUE PERDEU CONTROLE E CAIU DA MOTOCICLETA E NO OUTRO DIA FOI ENCONTRADO E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU E EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO DO RECIFE, ONDE SEGUNDO ELE, FOI CONSTATADO UM TRAUMA CRANIOENCEFALICO. A VÍTIMA APRESENTOU E DEIXOU AQUI NA DEPOL UMA CÓPIA DO ATENDIMENTO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO CUJO NÚMERO DO PROTOCOLO É 872985. A VÍTIMA DECLAROU TUDO ISSO, REGISTROU E ASSINOU PARA O QUE FOR NECESSÁRIO.

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

**JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES**  
(VITIMA)

*Jose Messias de Lima Soares*

B.O. registrado por: **HAILTON MANOEL DA SILVA** - Matrícula: **273499-0**

*Hailton*







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

199.188.044-52 Jorzi Memórias de Lima Soares

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Jorzi Memórias de Lima Soares 199.188.044-52

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

Recusou

R. Lagoa de Algodão 680

Caraca

Pau Ferro

Rio de Janeiro

RJ

25.120-00

Recusou

62.99304-82.99

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 CONTRA:

☒ RECLUSO 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 (Sempre para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Indicar o dígito se existir)

(Indicar o dígito se existir)

(Indicar o dígito se existir)

(Indicar 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data da

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

deixou filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

30 - Vítima deixou

nascidos (vivos)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima

teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

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

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Circ. SUSEP 4002/2019



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

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

CLIENTE: JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00159-7

CONTA: 000010083033-1

---

---

Nr. da Autenticação 5301B16064511150





08/11/2019

Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1408277780

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, RUA VISTA

RECIFE, PERNAMBUCO

CEP: 50060-902

CNPJ: 10.835.932/0001-08

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 110 | FRONTALDO 110

Atendimento ao cliente: 0800 281 0142

Ouvidoria: 0800 282 5595

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados

do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0267

Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157

Ligação Gratuita de telefones fixos e celulares

na origem para telefones celulares

## DADOS DO CLIENTE

MARCIO JOSE CARDOSO SOARES

## DATA DE VENCIMENTO

14/11/2019

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

07/11/2019

## DATA DA APRESENTAÇÃO

07/11/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

083630733

## CONTA CONTRATO

7011881844

## CLASSIFICAÇÃO

RURAL  
Monofásico  
B2

## ENDEREÇO

SI LAGOA DO ALGODÃO 680 -SÍTIO  
LAGOA DO ALGODÃO/PAU FERRO  
-55120-000 RIACHO DAS ALMAS-PE-

## TOTAL A PAGAR

R\$ 147,34

## PERÍODO CONSUMO

07/10/2019 a 07/11/2019

## CONSUMO

228

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor de imposto R\$ 35,78

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

## CONTA CONTRATO

7011881844

## MÊS/ANO

11/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 147,34

## VENCIMENTO

14/11/2019

## TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou  
rasurar.  
Este canhoto será usado em  
leitora ótica.

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838300000012 473400110076 011881844107 142829452135



R\$ 147,34



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PE Nº **014487807197**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VEICULO: 000. REG./AN. R-TRAC. DESPCHO.  
**1 352842945 \*\*\*\*\* 2013**

**MARIA DO SOCORRO DE LIMA**

**RIACHO DAS ALMAS-PE**

CVE/CMV. PLACA  
**842.133-074-62 XMR8171**

PLACANT.IMP. QMANT.  
**842.133-074-62 302KCO0105RIG9525**

ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL  
**DAS /MOTOCICLETA GASOLINA**

MARCA/MODELO ANO FBS. VANO ARD.  
**HONDA/CG 150 TITAN XS 2003 2008**

CAT/POT./CIL. CATEGORIA CCH INSCRICIONANTE  
**207/165CL PARTIC VERMELHA**

	COTA ÚNICA	VEIC. COTA ÚNICA	VEIC. COTA ÚNICA
<b>I</b>	<b>IPVA 2013 QUITADO</b>	<b>1 *****</b>	
<b>P</b>		<b>2 *****</b>	
<b>V</b>		<b>3 *****</b>	
<b>A</b>	<b>1</b>		

PIRAT. TRANSFER. INC. QP. PRE. PREÇO TOTAL. PRE. DATA DE PAGAMENTO  
**80.11 0.32 84.58 15/02/13**

OBSERVAÇÕES  
**SEM RESERVA**

**RIACHO DAS ALMAS** **07/03/13**  
**Roberto Carlos Pereira Fontes**  
**Roberto Carlos Pereira Fontes**  
**INSYOK PEREIRA**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SEU CARGO A RESPOSTA TRANSPORTADAS OU NAOC - SEGURO DPVAT

PE Nº 014487807197 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA DO SOCORRO DE LIMA

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

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

0

RIACHO DAS ALMAS-PE 2012 07/02/19

VIA: ONI (CAR) PLACA: KHR8171

443.152.074-80 KHR8171

PREMIUM: 9599428995 MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN K3

ANO/FAB: 2002 CILINDROS: 28 Nº CHASSI: 9C2EC05109R108525

PRÊMIO TARIFÁRIO

TAXA FMS: 36.05 CONTRATAÇÃO: 4.01 QUANTO DO SEGURO (R\$): 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.15 RFP (R\$): 0.32 RPL (R\$) BILHETE TÁRIFA: 34.56

INDICADOR: ☒ COTATUBA ☐ PARCELAÇÃO DATA DE QUOTAÇÃO: 15/02/19

SEGURODORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 26.948.800/0001-04

CONTATOS E COLABÓR A BILHETE DPVAT  
ELE NAOC E DE FORTS CIRCULATORIO.

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

RACHO DAS ALMAS-PE		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2012		07/09/12	
VAL	CON/CMF	PLACA	
049.152.074-88		KMR8171	
ATENDIMENTO	MARCA/MODELO		
050942895	HONDA/CG 150 TITAN K3		
ANO MS	CEP	Nº CHASSI	
2002	09	9C2K00100R108525	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
INSS (R\$)	CONTRAT (R\$)	QUARTO DO SEGURO (R\$)	
36.83	4.01	45.06	
QUARTO DO BOMBA (R\$)	IMP (R\$)	PRE-SEGURO (R\$)	
4.15	0.32	34.58	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
X COTALESCA		16/02/12	

NO.	OFF. CNF.	PLACA
049.152.074-86		KMR8171
RECEBIM.	MARCA / MODELO	
050942945	HONDA / CG 150 TITAN K3	
PRO. NAT.	NR. CHASSI	
2003 09	9C2K00108R108525	

## PRÊMIO TARIFÁRIO

INSS (R\$)	CONTAÇÃO (R\$)	QUOTID. SEC. SEGURO (R\$)
36.83	4.01	48.08
QUOTID. DO MONTE (R\$)	IMP. (R\$)	PREL. APROV. (R\$)
4.15	0.32	34.58
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTALESCA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	16/02/19

**SEGURO LÍDER - DPVAT**

DESTRUCTIVE TO COLLECT & ELIMINATE COPY  
THE HAD & DE PORTS CIRCULATOR.



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664365 **Cidade:** Riacho das Almas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES **Data do acidente:** 28/09/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRANIANO COM HEMORRAGIA SUB-ARACNOIDE.

**Descrição do exame físico:** LUCIDO, ATENTO, COM ABERTURA OCULAR FIXA MAS NAO CONTACTUA VERBALMENTE. RESPOSTA MOTORA PRESERVADA. FUNÇÕES AUTONOMICAS PRESERVADAS.

**Resultados terapêuticos:** REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA SATISFATORIA, MAS EVOLUIU COM TRANSTORNO COMPORTAMENTAL/HUMOR EM TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421612/19

**Vítima:** JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

**CPF:** 129.188.044-52

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 28/09/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES : 129.188.044-52**

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: 28/11/2019  
Nome: JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES  
CPF: 129.188.044-52

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

JOSE MESSIAS DE LIMA SOARES

Steffany Carolyn Lins Veloso

