



Número: **0019091-44.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/04/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA (AUTOR)	GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68694 728	28/09/2020 18:16	<a href="#"><u>ANEXO 2</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, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190679588 Vítima: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Data do Acidente: 04/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA**

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 n° 15211616



Pag. 01659/01660 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/09/2020 18:16:30  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009281816305490000067371677>  
Número do documento: 2009281816305490000067371677

Nº 68694728 - 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, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190679588      Vítima: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Data do Acidente: 04/04/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

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: 01953/01954 - carta\_02 - INVALIDEZ



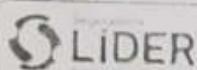
00060977

Carta nº 15224216



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/09/2020 18:16:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092818163054900000067371677>  
Número do documento: 20092818163054900000067371677

Num. 68694728 - Pág. 2



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou A.S.C.

CPF da vítima:

046033368-29 JOSE ROBERTO B. LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Profissão:

CABELEIREIRO

Bairro:

CAETTES III

Endereço:

RUA 41 195 Quadra 53

CEP:

53545-670

UF:

PE

Tel (DDD):

(81) 999317719

Email:

robertobuarquelima@onail.com

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

## DADOS CADASTRAIS

## RENDIMENTO:

 RECLUSO/IMPRIMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

## CONTA POUPANÇA

Somente se tiver seu número. Apague caso não houver.

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

## CONTA CORRENTE

Somente se tiver seu número.

Nome do BANCO:

CAIXA ECONÔMICA F.

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

Inserir o dígito de verificação.

Autorizo a Seguradora Lider a credenciar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização referente ao Seguro DPVAT, a que me couber direito, respeitando a faixa de renda, desde que o cliente não a efetue uso de crédito, com saldo total em conta zero.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob os termos da lei, que estou ciente de que, ao efetuar a declaração, estou sujeito a multa de R\$ 100,00 (cem reais) por dia de atraso no pagamento da indenização referente ao Seguro DPVAT, por invalidez permanente, uma vez que faltar ao cumprimento das obrigações:

 Não há IMI que atenda à região do acidente ou da minha residência, ou; O IMI que abrange a região do acidente ou da minha residência não realiza serviços dentro dos 50 (cinquenta) dias do pedido; O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza serviços com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o preenchimento 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 feita pelo Segurador Lider, para verificação da existência e natureza das lesões persistentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme leis nº 12.946/13, art. 30, §2º, declarando que estou autorizado não ser beneficiário da indenização referente ao período de convalescência, caso discordar da sua conclusão.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data da morte da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compadecido(a)  Sim  Não Se a vítima deixou compadecido(a), informar nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se a vítima teve filhos, informar quantos filhos: Vítima deixou herdeiros?  Sim  Não Vítima deixou parentais?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente autorizada, a indenização do Seguro DPVAT, um mês após aquelle beneficiário que me informar em que provável esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer amissão ou declaração não verdadeira acarreta a obrigação de devolver o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 291 do Código Penal.

Local e Data: 01 de Novembro 2019

Nome: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

CPF: 046033368-29

Assinatura de quem assina o RGSO

## TESTEMUNHAS

2º | Nome:

Assinatura:

3º | Nome:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura do beneficiário/benfeitor (declarante)

Assinatura do beneficiário (declarante)

(\*) A vítima/beneficiário não autoriza a divulgação de suas informações pessoais a terceiros, salvo se necessário para a realização do procedimento. A SEU RODO, na presença de cidadão, testemunhas maiores e capazes, com compromisso de não divulgá-las a terceiros. (60 dias úteis, caso contrário o cancelamento da assinatura)

NECESSARIO FAZER X RODA NA INTENDEMA, ELETRONICAMENTE, DESSA FORMA SEU RODO.

FPS.001.V001/2018



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190679588  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Roberto Buarque de Lima  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Quarenta e Um, 195  
Caetes III Abreu e Lima PE CEP: 53545-650  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SP ] 10402365-X  
Data local do acidente: [ 04/04/2019 ]  
Data local do exame: [ 23/12/2019 ] Recife [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

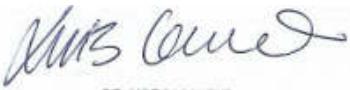
- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO ESQUERDO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: NENHUMA**  
**Data da Alta: 16/06/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO (REALIZA APROX 30 GRAUS). FUNÇÃO DA MÃO PRESERVADA.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim**       Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
**(X) Sim**       Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO AO PUNHO ESQUERDO.**  
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
  - a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

<input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias	<input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
---	---
  - b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): <b>PUNHO - Lado Esquerdo</b>	Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <b>(X) 50% médio</b> <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo

Região Corporal (Sequela):	Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
DR. LUIZ CASANOVÁ  
Médico  
CRM: 17761





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -  
DP28ª CIRC DIM/8ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19 E0118005068

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/05/2019 às  
14:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
que aconteceu no dia 4/4/2019 às 20:25

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE GUABIRABA (BAIRRO), 01 - Bairro:  
GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:  
RETORNO PRÓXIMO AO BARILLOCHE  
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL / BR-101

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VINICIUS VIEIRA -CONDUTOR DE VEÍCULO HYUNDAI TUCSON GLSB DE PLACAS  
PEK-6447/PE (AUTOR\AGENTE )  
SILVANA APARECIDA DA SILVA DE SOUZA (OUTRO )  
DANIEL JOSE BRAZ (TESTEMUNHA )  
JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês:  
TEREZINHA MALAFIA DE LIMA Pai: RENAN BUARQUE DE LIMA Data de Nascimento:  
8/4/1961 Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 18402366/05P/PE  
(RG): 04883338829 (CPF) Profissão: GABELEIREIRO(A) Telefones Celulares:  
- 888317719

Endereço Residencial: RUA QUARENTA E UM, 198 - CEP: 55000-000 - Bairro: CAETES III -  
ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

VINICIUS VIEIRA -CONDUTOR DE VEÍCULO HYUNDAI TUCSON GLSB DE  
PLACAS PEK-6447/PE (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

SILVANA APARECIDA DA SILVA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo:



Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DANIEL JOSE BRAZ (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA DE PLACA PFN-2886 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): SILVANA APARECIDA DA SILVA DE SOUZA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ESD Objeto apreendido:

Não

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

Ano/Fabricação/Modelo: 2012/2012 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

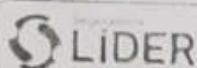
O SR. JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA COMPARCEU A ESTA 28º CPOL E NOTICIOU QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE PLACA PFN-2886 PELA RODOVIA BR-101 , BAIRRO DE GUABIRABA , RECIFE /PE . QUE O NOTICIANTE SEGUIA SENTIDO RECIFE - ABREU E LIMA QUE NAS IMEDIACOES DO BARILOCHE , PRÓXIMO AO RETORNO , UM VEÍCULO HYUNDAI TUCSON GLSB DE PLACAS PEK-8447/PE QUE ESTAVA PARADO NO ACOSTAMENTO DA VIA , LADO DIREITO , SAIU SEM SINALIZAR E INGRESSOU NA RODOVIA . DIZ O NOTICIANTE QUE NAQUELE INSTANTE O NOTICIANTE FREOU A MOTOCICLETA MAS RECEBEU A COLISÃO DO VEÍCULO TUCSON. DIZ O NOTICIANTE QUE DEVIDO AO IMPACTO SOFREU LESÃO NO BRAÇO ESQUERDO E FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS -2010APH000548 DIV.OP PARA UPA DE IGARASSU E FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL MEMORIAL DE JABOTATÔ. OUTROSSIM , DECLARA O NOTICIANTE QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO TUCSON SE IDENTIFICOU PELO NOME DE VINICIUS VIEIRA E SE COMPROMETEU ARGAR COM AS DESPESAS MÉDICAS . AFIRMA O NOTICIANTE QUE ; TRABALHA NA PROFISSÃO DE CABELELEIRO E DEVIDO A LESÃO NO BRAÇO ESTÁ SEM EXERCER A SUA ATIVIDADE HÁ QUARENTA DIAS . DIANTE DE EXPOSTO SOLICITA AS PROVIDENCIAS LEGAIS. CASO AFETO A DELEGACIA DE MAGAXEIRA.

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

JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOAO VIRGINIO ALVARO FILHO - Matrícula: 381008-0





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASU:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

**046033368-29 JOSE ROBERTO B. LIMA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:  
**JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA**

Profissão:  
**CABELEIREIRO**

Endereço:  
**RUA 41 195 Andar 53**

Bairro:  
**CAETTES III**

Cidade:  
**ABEV E LIMA PE**

E-mail:  
**rolestobuarquelima@onaiil.com**

CEP (052):  
**53545-670**

DDD (052):  
**(81) 999317719**

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

## DADOS CADASTRAIS

## RENDIMENTO

RECLUSO/IMPRIMAR  
 SEM RENDA

 ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (selecionar caso não tenha outras). Ativice esta opção:  
 Bradesco (237)     Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)     Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (selecionar). Nome do BANCO: **CAIXA ECONÔMICA F.**

## AGÊNCIA

## CONTA

Informar o dígito se existir:

Informar o dígito se existir:

## AGÊNCIA

## CONTA

Informar o dígito se existir:

## CONTA

Informar o dígito se existir:

**Autorizo** a Seguradora fazer a creditação na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização referente ao Seguro DPVAT, àquele que é meu beneficiário, respectivamente e único, desde ja e sempre após a efetivação do crédito, milhares totais em reais reais.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não tenho motivo algum de apresentar laudo de invalidez permanente, para receber o Seguro DPVAT, por invalidez permanente, uma vez que justificaria a não aceitação do pedido.

 Não há IMI que atenda a regra do incidente ou da minha residência, ou: O IMI que abrange a região do acidente ou da minha residência não reúne os critérios fixos do Seguro DPVAT, ou: O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias ao pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o preenchimento 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 feita pela Seguradora Lider, para verificação da minha condição e suas consequências decorrentes de acidente de trânsito, conforme leis nº 12.946/14, art. 30, §2º, declarando que estou autorizado não ser beneficiário da indenização por invalidez permanente, caso constate que a minha condição não se enquadre naquela cobertura.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data da morte da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compadecido(a):  Sim  Não Se a vítima deixou compadecido(a), informar nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tiver filhos, informar quantos filhos: Vítima deixou:  Sim  Não Vítima deixou:  Sim  Não Assinatura:  Sim  Não

**Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente comprovada, a indenização do Seguro DPVAT, um mês após aquelle beneficiário que me informar em que provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer amissão ou declaração não verdadeira acarreta a obrigação de devolver o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 291 do Código Penal.**

Local e Data: **01 de Novembro 2019**Nome: **JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA**CPF: **046033368-29****José Roberto B. Lima**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

2º | Nome:

01

Assinatura:

3º | Nome:

01

Assinatura:

Assinatura:

01

Assinatura:

Assinatura do beneficiário (testemunha)

Assinatura do beneficiário (testemunha)

**(\*) A vítima/beneficiário não deve ser escrita por pessoa estrangeira, menor de idade, com comorbidades ou em processo de falecimento. A SEU RODO, na presença de cidadão testemunha maior de idade, com comorbidades ou com processo de falecimento, deve ser feita a assinatura.**

**NECESSARIO FAZER X RODA NA INTENDEMA, ELE E TESTEMUNHA DE ASSINATURA DE VERSO NO FOLHETO.**

FPS 001 V001/2018





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**C E R T I D Ã O**

**Certidão nº 2019APH000546 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(\*). JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA, 58 anos, BRASILEIRO (a), DIVORCIADO(a), RG nº 10402365 SSP SP, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 046.033.368-29, residente à RUA 41, nº 195, CAETES III, ABREU E LIMA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 04/04/2019, por volta das 20:25 hs, no endereço: RODOVIA BR, S/N, GUABIRABA RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo CAMIONETA HYUNDAI/TUCSON GLSB BRANCA PEK-6447-PE , no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(\*) JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA, inscrito sob o CPF nº 046.033.368-29 e Registro Geral nº 10402365, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 951006-0 SILVA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO IGARASSU. Registrado(a) com o prontuário nº 1070608. Ficou aos cuidados do médico EDUARDO KRUG CARVALHO, registro 15075. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 13/05/2019

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site*

*<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000546*

---

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/09/2020 18:16:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092818163054900000067371677>  
Número do documento: 20092818163054900000067371677

Num. 68694728 - Pág. 8

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00867

CONTA: 000000025377-7

---

Nr. da Autenticação DA4A1B0D9E9FC86E



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/09/2020 18:16:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092818163054900000067371677>  
Número do documento: 20092818163054900000067371677

Num. 68694728 - Pág. 9

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE' ROBERTO BUARQUE DE LIMA  
RG nº 10402365-X data de expedição 08/10/2019 Órgão SSP/SP

CPF nº 04603336829 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA 41 Nº 195</u>
Número	<u>195</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CAETES III</u>
Cidade	<u>ABREU E LIMA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53 545 - 670</u>
Telefone de Contato	<u>(81) - 999317719</u>
E-mail	<u>Roberto.Buarque@lima@mail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Recife 14 Novembro 2019

Assinatura do Declarante:

for Roberto B. Lin



www.tabelionatofigueiredo.com.br  
Fone: (81) 3073-0800



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/09/2020 18:16:30  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092818163054900000067371677>  
Número do documento: 20092818163054900000067371677

Num. 68694728 - Pág. 10

Saldo Anterior	Pagamentos (Crédito)	Saldo Restante	Despesas do mês (Débito)	Total desta Fatura	Pagamento Mínimo
R\$ 0,00	(-) R\$ 6,03	(=) R\$ 0,00	(+) R\$ 457,73	(=) R\$ 457,73	R\$ 63,57

Demonstrativo das Movimentações				Número do cartão	Vencimento		
Data	Descrição	Valor US\$	Valor	5117 XXXX XXXX 4343	05/11/2019		
04/10/2019	RAPPI'VER BRASIL INTER	2,44		Limites			
04/10/2019	RAPPI'VER BRASIL INTER	2,44-		Limite de Crédito Cartão			
04/10/2019	RAPPI BRASIL	23,10		R\$ 1.000,00			
05/10/2019	PRIME LINE CENTRO AUTO 01/05	125,00		Limite de Saque			
09/10/2019	F INDEP ILHA 2 01/02	30,11		R\$ 0,00			
15/10/2019	PAULISTA NORTH WAY SER	8,00		Encargos Financeiros			
15/10/2019	PETROCAL OLINDA	40,00		Encargos Rotativos			
15/10/2019	RAPPI'VER BRASIL INTER	3,59		7,70% a.m			
15/10/2019	RAPPI'VER BRASIL INTER	3,59-		Encargos Máximo Próximo Período			
15/10/2019	RAPPI	22,70		10,70% a.m			
16/10/2019	ifood *IFOOD	5,90		Juros Remuneratórios			
19/10/2019	CINEPOLIS PATIO OLINDA	16,00		7,6% a.m			
19/10/2019	LOUCOS POR COXINHA PAT	10,00		Juros de Mora			
19/10/2019	LOJAS AMERICANAS -1419	37,23		1,00% a.m			
19/10/2019	LOJAS AMERICANAS -1419	7,99		Multas Por Atraso			
20/10/2019	AUTO POSTO GLOBO	70,00		2,00% sobre o valor da fatura			
21/10/2019	ifood *IFOOD	26,90		IOF de Financiamento			
21/10/2019	ifood *IFOOD	17,90		0,626% a.m			
22/10/2019	ifood *IFOOD	16,90		6,38% sobre o valor da transação			
				CET do Financiamento da Fatura			
				145,43% a.a			
				Cotação do Dólar			
				R\$ 4,11			
Atendimento Inter							
3003 4070 - Capitais e Regiões Metropolitanas							
0800 701 7717 - Demais Localidades							
0800 979 7096 - SAC							
0800 940 7772 - Ouvidoria							
www.bancointer.com.br							
Compras Parceladas - Próximas Faturas							
Data	Estabelecimento			Valor em R\$			
05/10/2019	PRIME LINE CENTRO AUTO 02/05			125,00			
09/10/2019	F INDEP ILHA 2 02/02			30,11			
Fique seguro de imprevistos							
Garanta o pagamento da fatura em caso de perda involuntária de renda. A partir de R\$ 5,99/mês. Acesse o app e conheça o Seguro Proteção Financeira.							

BANCO Inter		077-9   07790.00116 01000.001337 17259.531113 5 0000000000000000
LOCAL DE PAGAMENTO		
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO, MESMO APÓS O VENCIMENTO		
BENEFICIARIO BANCO INTER S/A - CNPJ: 00.416.968/0001-01 AV. DO CONTORNO 7777 - LOURDES - 30130-051 - BELO HORIZONTE - MG		
DATA DOCUMENTO 25/10/2019		Nº DOCUMENTO 11292298405
USO DO BANCO		ESPECIE DOC. OUTROS
ACEITE N		DATA PROCESSAMENTO 25/10/2019
NOSSO NÚMERO 101/0031725953111		
Nº DOCUMENTO 101/47		
PAGADOR GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR RUA TRES 215 5 ETAPA RIO DOCE 53090-340 OLINDA PE		
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO		
DAÇÃO MECÂNICA		



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA  
FICHA DE COMPENSAÇÃO



## Precisando organizar as finanças? ;)

Parcele sua fatura e fique tranquilo.

O Banco Inter oferece algumas opções de parcelamento.  
Uma delas pode ser a que você precisa:

**1+ 18 x      R\$ 43,03**

**1+ 36 x      R\$ 34,63**

**1+ 24 x      R\$ 38,50**

**1+ 30 x      R\$ 36,05**

Se quiser aderir ao Parcelamento de Fatura, pague **até a data do vencimento o valor exato** da parcela escolhida entre as opções acima.

**Importante:** caso sua fatura esteja em débito automático, é necessário cancelar este serviço antes de contratar o Parcelamento de Fatura.

Os valores decorrentes de Parcelamento de Fatura e/ou Financiamento Compulsório estão sujeitos à incidência de IOF, bem como de juros à Taxa Efetiva Mensal de **[7,60]%** a.m, Custo Efetivo Total de **[105,73]%** a.a.

O valor financiado (principal) do Parcelamento de Fatura e/ou Financiamento Compulsório impactará o limite de crédito para utilização do cartão Inter Mastercard, que será recomposto à medida que as parcelas forem pagas.

Não sendo pagos pelo portador os valores devidos, independentemente de notificação ou qualquer outra formalidade, o Banco Inter poderá, de imediato, suspender ou cancelar a utilização do cartão.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/09/2020 18:16:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092818163054900000067371677>  
Número do documento: 20092818163054900000067371677

Num. 68694728 - Pág. 12



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

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 Divisória: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E PESSEGURO; \* CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI N° 613/98.

Pelo exposto, eu: *Genaldo Pereira da Silva Júnior*

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

*José Rosário Burnax de Lima*

Inscrito (a) no CPF sob o Nº *046033368 / 29*,

do sinistro de DPVAT cobertura

da Vítima

*José Rosário Burnax de Lima*

Inscrito (a) no CPF sob o Nº *046033368 / 29*

Renda: *R\$ 2.000,00*

e apresento os documentos comprobatórios:

Declaro Profissão: *Advogado*

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<i>Rua Ires</i>	Número:	<i>235</i>	Complemento:	<i>II cípaa</i>
Bairro:	<i>Rio Doce</i>	Cidade:	<i>Olinda</i>	Estado:	<i>PE</i>
E-mail:	<i>Genaldo.jr@outlook.com</i>			CEP:	<i>53.803-90</i>

Local e Data: *Recife, 20 de novembro de 2019*

*Genaldo Pereira da Silva Júnior*  
Assinatura do Declarante

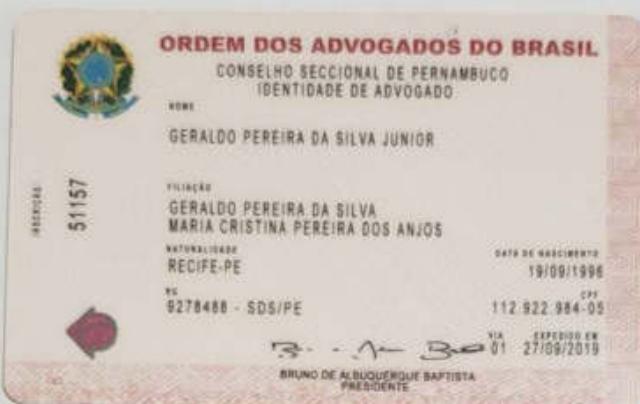
DDORL 001 V001/2017





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/09/2020 18:16:30  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092818163054900000067371677>  
Número do documento: 20092818163054900000067371677

Num. 68694728 - Pág. 14



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/09/2020 18:16:30  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092818163054900000067371677>  
Número do documento: 20092818163054900000067371677

Num. 68694728 - Pág. 15

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190679588      **Cidade:** Recife  
**Vítima:** JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA      **Data do acidente:** 04/04/2019  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Descrição do exame** LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO ESQUERDO (REALIZA APROX 30 GRAUS). FUNÇÃO DA FÍSICO: MAO PRESERVADA.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO ESQUERDO

**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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Cidadãos do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435026/19

Vítima: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

CPF: 046.033.368-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/04/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO BUARQUE  
DE LIMA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

**GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR : 112.922.984-05**

- Comprovante de residência
- Dedicação Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

**JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA : 046.033.368-29**

- 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 ao 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.

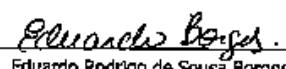
#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019  
Nome: GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR  
CPF: 112.922.984-05

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019  
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges  
CPF: 077.643.254-06

GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

  
Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: SOLITARIO  
Identidade: 10 402 365-X  
CPF: 046 033 368-29  
Profissão: CABELEIREIRO  
Endereço: R. 41 N° 195 Quarta 53 CAETES III  
CEP: 53 545-670 ABREU-E-LIMA  
Telefone: (81) 999 317719

### OUTORGADO:

Nome: Geraldo Pecina da Silva Júnior  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Solteiro  
Identidade: 9274799 555-96  
CPF: 552 922 584  
Profissão: Advogado  
Endereço: Rua São José, n° 255, Rio Doce, Olinda-PE  
CEP: 533 80 370  
Telefone: (83) 899238859

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Recife 14 de Novembro 2019

Local e data

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



IIº TABELIONATO DE NOTAS DO RECIFE  
Friguêdo de Figueiredo Andrade de Oliveira Filho  
Tabelião Público

www.tabelionatodefigueredo.com.br  
Fone: (81) 3011-2000

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade de

(0166979) JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Recife, 14 de Novembro de 2019 - Em 100% de verdade

KEROLAINA CHARA DE SOUZA

E-mail: 13 471 TSNR 0,80, FERC 0,40, FIBAM 0,04

FUNSEB 0,05, ISS 0,20, Total 4,91

Selo digital: 071781.RF11201901.01115



Consulta Automotiva Av. www.tabelionatodefigueredo.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/09/2020 18:16:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092818163054900000067371677>  
Número do documento: 20092818163054900000067371677

Num. 68694728 - Pág. 18

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435026/19

**Vítima:** JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

**CPF:** 046.033.368-29

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/04/2019

**Titular do CPF:** JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

#### GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR : 112.922.984-05

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

#### JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA : 046.033.368-29

- 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: 05/12/2019  
Nome: GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR  
CPF: 112.922.984-05

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019  
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges  
CPF: 077.643.254-06

GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

