



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
68694728	28/09/2020 18:16	<a href="#">ANEXO 2</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, 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 15211616





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





**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-EXTENSAO DO PUNHO ESQUERDO (REALIZA APROX 30 GRAUS). FUNÇÃO DA MAO 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:  
**DEFICIT 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 (\*).
- |  |   |
|--|---|
| ( ) "Vítima em tratamento"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>PUNHO - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo  | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 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 CASANOVA  
Médico  
CRM: 17761







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -  
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0118005068**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **4/4/2019** às **20:26**

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

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**VINICIUS VIEIRA** - CONDUTOR DE VEÍCULO **HYUNDAI TUCSON GLSB** DE PLACAS  
**PEK-0447/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:**

**VEICULO:** (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 no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe:  
**TEREZINHA MALAFAIA DE LIMA** Pai: **RENAN BUARQUE DE LIMA** Data de Nascimento:  
**8/4/1961** Nacionalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10402300/00P/PE**  
(RG), **04802336829** (CPF) Profissão: **CABELEIREIRO(A)** Telefones Celulares:  
**- 990317710**

Endereço Residencial: **RUA QUARENTA E UM, 198 - CEP: 88000-000 - Bairro: CAETES III -**  
**ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**VINICIUS VIEIRA** - CONDUTOR DE VEÍCULO **HYUNDAI TUCSON GLSB** DE  
PLACAS **PEK-0447/PE** (não presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO**  
**INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**SILVANA APARECIDA DA SILVA DE SOUZA** (não presente no 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-2088 (VEICULO)** 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**

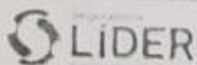
O SR. JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA COMPARECEU A ESTA 28ª CPOL E NOTICIU QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE PLACA PFN-2088 PELA RODOVIA BR-101, BAIRRO DE GUABIRABA, RECIFE/PE. QUE O NOTICIANTE SEGUIA SENTIDO RECIFE - ABREU E LIMA QUE NAS IMEDIAÇÕES DO BARILOCHE, PRÓXIMO AO RETORNO, UM VEÍCULO HYUNDAI TUCSON GLSB DE PLACA 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 - 2019APH000848 DIV.OP PARA UPA DE IGARASSU E FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL MEMORIAL DE JABOATÃO. OUTROSSIM, DECLARA O NOTICIANTE QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO TUCSON SE IDENTIFICOU PELO NOME DE VINICIUS VIEIRA E SE COMPROMETEU ARCAR 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 PROVIDÊNCIAS LEGAIS. CASO AFETO A DELEGACIA DE MACAXEIRA.

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

**JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOÃO VIRGINIO ALVARO FILHO** - Matrícula: **381005-0**





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DANS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

CPF:

046033368-29

Profissão:

CABELEIREIRO

Endereço:

RUA 41 195 Quadra 53

Número:

195

Complemento:

Bairro:

CAETTES III

Cidade:

ABEU E LIMA

Estado:

PE

53545-670

E-mail:

robertoBuarqueLima@gmail.com

Telefone:

(011) 999317719

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INDETERMINADO

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPEMANÇA

(selecione uma das opções abaixo)

☒ CONTA CORRENTE

(selecione uma das opções abaixo)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: CAIXA Econômica F.

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

AGÊNCIA:

0867

01

CONTA:

00025377

7

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização devida pelo Seguro DPVAT, a que eu tenho direito, reconhecendo o crédito desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total em valor em dinheiro.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido(a) de apresentar laudo do IML (Instituto Médico Legal - IML) para a realização de perícia de avaliação do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinado, solicito o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, 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 invalidez e identificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/79, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não tem nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou pericial, a ser feita de forma independente, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheira? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheira, informar nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos filhos: Vítima deixou beneficiários? ☐ Sim ☐ Não Se não houver beneficiários, informar nome completo:

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Local e Data:

01 de Novembro 2019

Nome:

JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

CPF:

046033368-29

Assinatura de quem assina o ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não poderá assinar este documento por pessoa física ou jurídica, nem por meio eletrônico. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, o mesmo deverá ser assinado e rubricado pelo declarante, com o reconhecimento e assinatura NECESSÁRIO PARA AÇÃO DE REINTEGRAÇÃO DE DIREITOS, sob pena de nulidade do presente documento.

FPS-001 V001/2018





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

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(ª). 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(ª) 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



# 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



# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA  
 RG nº 10402365-X data de expedição 08/10/2019 Órgão SSP/SP  
 CPF nº 046033368/28 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>
Numero	<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>RobertoBuarque@LIMA@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Recife 14 Novembro 2019

Assinatura do Declarante:

Jose Roberto B. Lima



8º TABELIONATO DE NOTAS DO RECIFE  
 Ivanildo de Figueiredo Andrade de Oliveira Filho  
 Tabelião Público

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

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade de:  
 [01669/91] - JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA  
 Recife, 14 de Novembro de 2019. Em test.  
 KERO LAYAN CHARA DE SOUZA  
 Empl. R\$ 4,71 TSNR 0,80 FERC 0,40 FARM 0,04  
 FUNSEC 0,08 SS 0,20 Total 4,61  
 Selo Digital 007783 APY11201901 01116



Consulte Autenticidade em: www.epi-pa.br/verificador



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			
Data	Descrição	Valor US\$	Valor
	5117.XXXX.XXXX.4343		
04/10/2019	RAPPI*VER BRASIL INTER		2,44
04/10/2019	RAPPI*VER BRASIL INTER		2,44
04/10/2019	RAPPI BRASIL		23,10
05/10/2019	PRIME LINE CENTRO AUTO 01/05		125,00
09/10/2019	F INDEP ILHA 2 01/02		30,11
15/10/2019	PAULISTA NORTH WAY SER		8,00
15/10/2019	PETROCAL OLINDA		40,00
15/10/2019	RAPPI*VER BRASIL INTER		3,59
15/10/2019	RAPPI*VER BRASIL INTER		3,59
15/10/2019	RAPPI		22,70
16/10/2019	ifood *IFOOD		5,90
19/10/2019	CINEPOLIS PATIO OLINDA		16,00
19/10/2019	LOUCOS POR COXINHA PAT		10,00
19/10/2019	LOJAS AMERICANAS -1419		37,23
19/10/2019	LOJAS AMERICANAS -1419		7,99
20/10/2019	AUTO POSTO GLOBO		70,00
21/10/2019	ifood *IFOOD		26,90
21/10/2019	ifood *IFOOD		17,90
22/10/2019	ifood *IFOOD		16,90

Número do cartão	Vencimento
5117 XXXX XXXX 4343	05/11/2019

Limites	
Limite de Crédito Cartão	R\$ 1.000,00
Limite de Saque	R\$ 0,00

Encargos Financeiros	
Encargos Rotativos	7,70% a.n
Encargos Máximo Próximo Período	10,70% a.n
Juros Remuneratórios	7,6% a.n
Juros de Mora	1,00% a.n
Multa Por Atraso	2,00% sobre o valor da fatura
IOF de Financiamento	0,626% a.n
IOF Internacional	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](http://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.

<div><div>BANCO</div><div>inter</div></div>		077-9		07790.00116 01000.001337 17259.531113 5 00000000000000			
LOCAL DE PAGAMENTO		PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO, MESMO APÓS O VENCIMENTO			VENCIMENTO		
AGÊNCIA / CEDENTE		BENEFICIÁRIO			05/11/2019		
00001/00190101		BANCO INTER S/A - CNPJ: 00.416.968/0001-01 AV. DO CONTORNO 7777 - LOURDES - 30130-051 - BELO HORIZONTE - MG			00001/00190101		
ESPÉCIE	R\$	DATA DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO	ESPÉCIE DOC.	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
		25/10/2019	11292298405	OUTROS	N	25/10/2019	101/0031725953111
VALOR DO DOCUMENTO		USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE DE MOEDA	VALOR DA MOEDA	(=)VALOR DO DOCUMENTO
457,73			001	R\$			457,73
VENCIMENTO		INSTRUÇÕES (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(+) DESCONTO / ABATIMENTO
05/11/2019		Os encargos sobre o pagamento em atraso constarão na próxima fatura mensal. Utilize esta ficha de compensação caso deseje quitar ou pagar parcialmente o saldo devedor do seu Cartão Inter.					(-)OUTRAS DEDUÇÕES
(+)MORA / MULTA		SR. CAIXA FAVOR NÃO ACEITAR PAGAMENTO EM CHEQUE					(+)MORA / MULTA
(=)VALOR COBRADO							(+)OUTROS ACRÉSCIMOS
NOSSO NÚMERO							(=)VALOR COBRADO
101/0031725953111							
Nº DOCUMENTO							
101/47							
BANCO INTER S/A CNPJ: 00.416.968/0001-01 AV. DO CONTORNO 7777 LOURDES - 30130-051 BELO HORIZONTE - MG		PAGADOR					
		GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR RUA TRES 215 5 ETAPA RIO DOCE 53090-340 OLINDA PE					
DAÇÃO MECÂNICA							AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO



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





## 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.





## 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: 0800-1536 / 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

### 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/BIBLIOTECABEB/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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Genildo Pereira da Silva Junior

inscrito (a) no CPF/CNPJ \_\_\_\_\_, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Roberto Buarque de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 046033368 / 29

do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima José Roberto Buarque de Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 046033368 / 29, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: Advogado Renda: R\$ 2.000,00 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Três</u>	Número: <u>235</u>	Complemento: <u>Il. eira</u>
Bairro: <u>Rio Doce</u>	Cidade: <u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>Genildo-jr@outlook.com</u>	CEP: <u>5380390</u>	Tel. (DDD): <u>85 338238059</u>

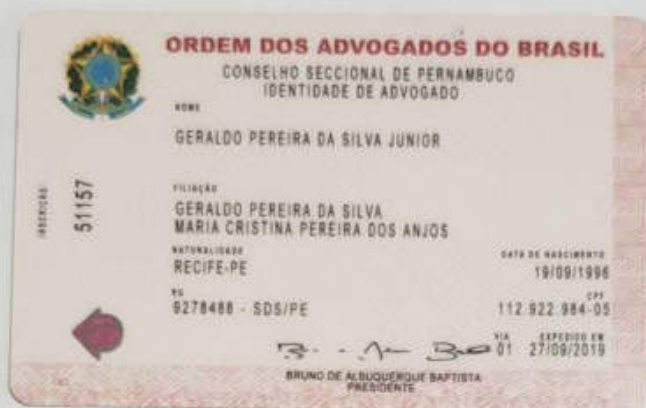
Local e Data: Recife, 20 de novembro de 2019

Genildo Pereira da Silva Junior  
Assinatura do Declarante

DLDR 001 V001/2017









## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190679588

**Cidade:** Recife

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

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

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

### PARECER

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

**Descrição do exame físico:** LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO ESQUERDO (REALIZA APROX 30 GRAUS). FUNÇÃO DA 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios 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  
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 11 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.

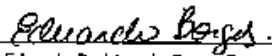
#### Portador da documentação apresentada

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: SEPARADO  
Identidade: 10 402 365-X  
CPF: 0 460 333 68-29  
Profissão: CABELEIREIRO  
Endereço: R: 41 Nº 195 Quadra 53 CAETES III  
CEP: 53 545-670 ABREV-E-LIMA  
Telefone: (81) 999 3177 19

### OUTORGADO:

Nome: Gerardo Sencina da Silva Junior  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Solteiro  
Identidade: 9 274 788 555-96  
CPF: 532 922 984  
Profissão: Advogado  
Endereço: Rua Teófilo, nº 255, Rio Doce, Olinda-PE  
CEP: 530 90370  
Telefone: (85) 992238859

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

Jose Roberto B. Lima

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



8º TABELIONATO DE NOTAS DO RECIFE  
Av. da Figueredo Andrade de Oliveira Filho  
Tabelião Público

www.tabelionatofigueredo.com.br  
Fone: (81) 3011.1111

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

JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Recife, 14 de Novembro de 2019 - Em test. da verdade

KEROLAINY CHARA DE SOUZA

ENC. 0,47 TSNR 0,80 FERC 0,40 FARM 0,04

FUNSEC 0,00 ISS 0,20 Total: 4,91

Selo digital: 07/783 RPT11201901.01115



Consulte Autenticidade em: [www.tpa.gov.br/validar](http://www.tpa.gov.br/validar)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435026/19

**Vítima:** JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

**CPF:** 046.033.368-29

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

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

**CPF de:** Próprio

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

### 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

