



Número: **0032154-39.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70356 532	30/10/2020 14:14	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190058697

Vítima: ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

Data do Acidente: 06/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13866789



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

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190058697 Vítima: ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

Data do Acidente: 06/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01889/01890 - carta_02 - INVALIDEZ



00050945

Carta nº 13875043



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:14:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014145944900000068985814>
Número do documento: 20103014145944900000068985814

Num. 70356532 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190058697 Vítima: ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

Data do Acidente: 06/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01839/01840 - carta_04 - INVALIDEZ



00040920

Carta nº 13905567



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:14:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014145944900000068985814>
Número do documento: 20103014145944900000068985814

Num. 70356532 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASU:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: <i>Brock Soni de Lima Júnior</i>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA/MENSALIDADE PESSOAL (TÍPICO/UTI/INTENSIVA/SENET/AMB)			
Nome completo: <i>Brock Soni de Lima Júnior</i>		CPF:	076.104.684-44
Profissão: <i>Aluno</i>	Endereço: <i>Rua 05 de Maio</i>	Número:	317 casa
Estado: <i>Pará</i>	Cidade: <i>Belém</i>	CEP:	53160-300
E-mail:		Tel. (DDD):	(81) 3011-3224
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
DADOS CADASTRAIS <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ESSENAVE LIMA OFICINA DE CONTAS <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: <i>0049</i> CONTA: <i>221667</i>		AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Inserir o dígito se existir)		(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/76, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de permanência com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

05.802.494/0001-11
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Belém - PA
01/01/2018

Assinatura

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascido (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e o rovarem. 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.

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: *05.802.494/0001-11*
 CPF: *05.802.494/0001-11*
 TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
 Assinatura
 2º | Nome: *19.07.2018*
 CPF: *23.100.740-0010*
 Rua da Aurora, nº 175, sl 902 blo
 C Assinatura
 Boa Vista - PA
 Assinatura
 Boa Vista - PA
 05.802.494/0001-11

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA - 41
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECEPÇÃO: 50.060-010

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
77 11/11/2010
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECEPÇÃO:





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025º CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25/CIRC.494/0001-41
DIM/7ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0115004850

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 JAN 2018

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/10/2018 às 09:42

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 6/10/2018 às 04:30

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA LEOPOLDINO CANUTO DE MELO, 1 - Bairro: CAIXA D'ÁGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO A CASA LOTÉRICA
Local do Fato: VIA PÚBLICA

05.8022494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ENOCK JOSÉ DE LIMA JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ENOCK JOSÉ DE LIMA JUNIOR

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

ENOCK JOSÉ DE LIMA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nasc: REGINA MARIA BATISTA DE LIMA Pat: ENOCK JOSÉ DE LIMA Data de Nascimento: 5/11/1989 Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7165492/SDS/PE (RG), 07510468444 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Telefones Celulares:
- 988601872

Endereço Residencial: RUA OITO DE MAIO, 317 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): ENOCK JOSÉ DE LIMA JUNIOR
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN Objeto apreendido: N/A
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEA4315 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: 2018/2018

Descrição: PROPRIEDADE DE PAULO VICTOR BEZERRA DA SILVA

Complemento / Observação

30/10/2018 10:37

Anexo 2

INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA PELA LOCALIDADE JÁ INFORMADA QUANDO FOI COLIDIDO POR OUTRA MOTOCICLETA QUE SEGUIA EM SENTIDO CONTRARIO, VINDO A VÍTIMA A CAIR NO CHÃO E FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO PARA UPA DE OLINDA.

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

ENOCK JOSÉ DE LIMA JUNIOR

(VITIMA)

B.O. registrado por: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO - Matrícula: 220.926-8



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 JAN 2019

Rua da Aurora, 10175, S/ 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
DE SEGUROS LTDA
14 DEZ 2019
23 JAN 2019

Rua da Aurora, 10175, S/ 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº doório ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: RONALD BOEY DE LIMA JUNIOR	
Nome completo:	Profissão:	Endereço:	CPF: 076.104.684-44 Número: 317 casa Complemento:
Salário:	Autonomo	Cidade: Ullinda	Estado: PE CEP: 53160-300 Tel. (DDD): (81) 301-3224
E-mail:			
Declare, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).			
DADOS CADASTRAIS RENDIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ISSUEIRA A CÓPIA DE CONTA <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Corrente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (343) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0049 CONTA: 221667 <small>(Inserir o dígito se existir)</small> <small>(Inserir o dígito se existir)</small>			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Inserir o dígito se existir)</small> <small>(Inserir o dígito se existir)</small>			

Autorizo a Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções): <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. <small>Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por Invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existênci e ou identificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa previsão de cobertura com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.</small>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima: Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.	

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: 101 linea, 18-12-2018
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 ✓ RONALD BOEY DE LIMA JUNIOR
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: 05.802.494/0001-11
 CPF: 05.802.494/0001-11
 05.802.494/0001-11
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 11 DE SEGUROS LTDA
 DE SEGUROS LTDA
 Assinatura
 2º | Nome: 19-07-2010
 CPF: 77-11-000-000
 Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
 Boa Vista - Ceará
 Boa Vista - Assinatura
 REC/CE/010
 REC/CE/010
 REC/CE/010





UPA OLINDA - OLINDA



Atendimento: 1360918

Dat. e Hora: 06/10/2018 07:48

Senha de Classificação:

0030

Paciente: 15688 ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR
Nome Social:

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 05/11/1989 Idade: 28 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
 Nome da Mãe: REGINA MARIA BATISTA Nome do Pai:
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
 Endereço: OITO DE MAIO 317 Bairro: AGUAS COMPRIDAS
 Cidade/UF: OLINDA PE Cap: 53180360 Usuário Atendimento: WAGNERFB
 RG (Identidade): Data de Emissão:
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: (81) 86601872
 CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*Pac. agresso vts de acidente motociclo -
 Tinha um ferimento. Usava capacete.
 Impecc - Glasgow 15 níveis de consciência.*

Exame Físico

*Tinha um ferimento na cabeça e antebraço.
 EX: Fx San liso de frx em Holmed.
 Fx San liso em Frx de S. PSE.*

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

03/10/2018

Prescrição Médica

*1) Fx + splint em Holmed. +
 2) DIFRONA 01 AMP. +
 3) PROTEINID 01 AMP.*

Destino: 1) HECADRON 01 AMP. Encaminhamento Ambulatorio 1(A) Residência

Transferido:

Para:

Senha: _____

Carimbo Médico



1360918

IMOBILIZAC

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19 DEZ 2018
Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
23 JAN 2019
Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:14:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014145944900000068985814>
Número do documento: 20103014145944900000068985814

Num. 70356532 - Pág. 10



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 SUSEP¹ 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 falsa 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Renaldo Augusto Lima, inscrito (a) no CPF/CNPJ 055.382.354/37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Knock fox de Lima junior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.104.684/44, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizado, da Vítima Knock fox de Lima junior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.104.684/44, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua da Aurora, 175, 9.502 BL C</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>21</u>	<u>B</u>
Bairro		Estado	CEP
<u>Ad. Almonte</u>		<u>PE</u>	<u>53140-300</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Yves.simplicio@outlook.com</u>		<u>(81) 3011-3224</u>	<u>8834-8263</u>

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
23 JAN 2019
Rua da Aurora, nº 175, 9.502 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Boa Vista, 18 de 12 de 2018

Local e Data

Renaldo Augusto Lima
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19 DEZ 2018
23 JAN 2019
Rua da Aurora, nº 175, 9.502 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DIDRL301 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, PAULO VICTOR BEZERRA DA SILVA,

RG nº 6906101, data de expedição 04/06/01,

Órgão SDS, portador do CPF nº 063.438.284-51 com
domicílio na cidade de OLINDA, no Estado de
PERNAMBUCO onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DO AMANHECER, nº 285.

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ENOCK JOSÉ DE LIMA JÚNIOR, cujo o condutor era
ENOCK JOSÉ DE LIMA JÚNIOR.

Veículo: PAS MOTOCICLETA

Modelo: HONDA /CB 160 FAN

Ano: 2018

Placa: P6A 4316

Chassi: 9C2KC2200JR165531

Data do Acidente: 06-10-2018

Local e Data: CAIXA D'AGUA

Assinatura do Declarante.

Enock José de Lima Júnior

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

05.802.494/0001-41 05.802.494/0001-41
05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
TRÂNSITO LTDA
RIO DE JANEIRO 2018 23 JAN 2018
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

1º Cartório de Notas de Olinda
Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) assinada(s) na diária presença de
PAULO VICTOR BEZERRA DA SILVA e ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Olinda, 25 de outubro de 2018, 10:10:20.
Se verídico, da verdade,
Samuel Lima da Silva (Escrevente Autorizado)
Faz.: R\$ 7,18 TMR: R\$ 2,40 Total: R\$ 9,58
Valido somente com o selo: 0973502.00010001002.00021 e 0973502.00010001002.00022
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital





UPA OLINDA - OLINDA



Atendimento: 1360918

Senha da Classificação:

0030

Data e Hora: 06/10/2018 07:48

Paciente: 15888 ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/11/1989 Idade: 28 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: REGINA MARIA BATISTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: OITO DE MAIO

- 317

Bairro: AGUAS COMPRIDAS

Cidade/UF: OLINDA

PE Cep: 53160360

Usuário Atendimento: WAGNERFB

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: (81) 86601872

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Passeguesse vte de a ci lnt mto acho-
 -lco no franso. Usou coxete
 -m fee - Glazan D. Riferiu da m P. O

Exame Físico

Tdor + agressa en recha + atepé ().
 ex: ex sun lano de fe en Holox ().
 ex sun dno. en fi de S. Pdo .

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

~~1) Colapate + SPLint en Holox. +~~
 ② ~~Reposo de pala em 45° a 5° = RDC.~~

Destino: Encaminhamento Ambulatorio Residência

Transferido:

Para:

Senha: _____

Carimbo Médico



1360918

IMOBILIZAC

4 HORAS - OLINDA

ultimo da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 06/10/2018 07:03

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente: ENOKE JOSE DE LIMA JUNIOR
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 28
Senha: 0030
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 06/10/2018 07:37 - 06/10/2018 07:38

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE
Cor: VERDE
Queixa Principal: TRAUMA EM MIE
Observação: ALERGIA: NEGA
HAS -
DM -
Fluxograma sintoma: TRAUMA
Pessoal/criador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19/07/2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

Acolhido(s) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06/10/2018 07:38

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:14:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014145944900000068985814>
Número do documento: 20103014145944900000068985814

Num. 70356532 - Pág. 14



05.802.494/0001-41
05.802.494/0001-41
ESTABELECIMENTO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
DE SEGUROS LTDA
19 DEZ 2018
23 JAN 2019
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50000-000
RECIFE - PE
RECIFE - PE

05.802.494/0001-41
ESTABELECIMENTO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
23 JAN 2019
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50000-000
RECIFE - PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:14:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014145944900000068985814>
Número do documento: 20103014145944900000068985814

Num. 70356532 - Pág. 15



15.802.494/0001-43
TRABOR CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
1 SEGUROS LTDA
19/07/2018
23 JAN 2019
Rua da Aurora, nº 175, SE 902 BL C
Belo Horizonte, MG 30.000-001
+55 31 3200-0011
RECIFE-PE

05.802-494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

5.802-494/0002
TRACÃO CORRETORA
- 1985 LTDA

2019-7-9

Rua da Aurora, nº 175, SA 902 BLT
Soá Vista - CEP 50.060-010

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:14:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010301414594490000068985814>
Número do documento: 2010301414594490000068985814

Núm. 70356532 - Pág. 16

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190058697 **Cidade:** Olinda
Vítima: ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR **Data do acidente:** 06/10/2018
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do hálux esquerdo. Fratura do 5 pododáctilo esquerdo

Descrição do exame físico: Sem anormalidades detectadas no exame físico realizado. Consolidação alinhada das fraturas do pé esquerdo

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização local. Não realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica há 30 dias, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 31/01/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termo do tratamento, não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente de trânsito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

DANOS

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190058697

Nome do(a) Examinado(a): ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

Endereço do(a) Examinado(a): R OITO DE MAIO, 317 - OLINDA/PE - CEP 53160-360

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 7165492 - sds-pe - 05/05/2017

Data e Local do Acidente : 06/10/2018 - Olinda, PE

Data e Local do Exame : 31/01/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

fratura de hálux esquerdo, fratura de 5 PDE.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem complicações.

Não fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

vítima com consolidação alinhada das fraturas do pé esquerdo, sem alteração da marcha, com mobildade dos pododactilos preservada.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [] Sim [X] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

VII. Segundo 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 (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

(X) "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

vítima com curativo em 4 QDD, por cirurgia tendinea local. Não encontrado referência a esta lesão no primeiro atendimento médico.





LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:14:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014145944900000068985814>
Número do documento: 20103014145944900000068985814

Num. 70356532 - Pág. 20

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: ENOCK JOSE de LIMA JUNIOR
RG/CNH/CTPS: 7.165.492 CPF: 076.104.684-44
End: R. Dito de Maio, 317, ÁGUAS COMPRIDAS,
OLINDA-PE

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS.
RG/CNH/CTPS: 03765010380 DETRAN/PE CPF: 055.382.254-37
End: PRAÇA FERNANDES VIEIRA, N° 21-B, JARDIM ATLÂNTICO – OLINDA/PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima: ENOCK JOSE de Lima JUNIOR
cpf: 076.104.684-44

Olinda, 25 de outubro de 2018.



X Enock Jose de Lima Junior
(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19 DEZ 2018

Rua da Aurora, N° 175, 51.902 BL.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

10 Cartório de Notas de Olinda
Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) apostila(s) na minha presença de

ENOCK JOSE de Lima JUNIOR

Olinda, 25 de outubro de 2018, 10:28:00

E-mail: R\$ 3,50 TAN: R\$ 1,20 Total: R\$ 4,70

Válido somente com o selo 0073502.CSK10201502.0073502

Consulte autenticidade no www.tjepe.jus.br/selodigital



Enock Jose de Lima JUNIOR
Assinado na presença de
Silvana da Silva (Escrevente Autorizado)

Em testemunha da Verdade.



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: ENOCK JOSE de LIMA JUNIOR
RG/CNH/CTPS: 7165 492 CPF: 076.104.684-44
End: R. DITO de MAIO, 317, AGUAS COMPRIDAS,
OLINDA PE

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS.
RG/CNH/CTPS: 03765010380 DETRAN/PE CPF: 055.382.254-37
End: PRAÇA FERNANDES VIEIRA,Nº 21- B, JARDIM ATLANTICO – OLINDA/PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURÓ DPVAT**, que figura como vítima: ENOCK JOSE de LIMA JUNIOR
cpf: 076.104.684-44

Olinda

, 25 de Outubro de 2018



X Enock Jose de Lima Junior

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 JAN 2017

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



12 Cartório de Notas de Olinda
Reconhecido por autenticidade(a(s) firma(s)) assinada(s) na minha presença de
ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

Olinda, 25 de outubro de 2018, 10:08h00

Em testamento São Lourenço da Silva (asscrevente Autorizado)

Assol.: R\$ 1,59 TBNR: R\$ 1,20 Total: R\$ 4,79

Valido somente com o selo 00775502.CSK10001802.00320

Consulte autenticidade em www.tjepe.jus.br/selodigital



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027056/19

Vítima: ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

CPF: 076.104.684-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/10/2018

Titular do CPF: ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS : 055.382.254-37

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

ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR : 076.104.684-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/01/2019
Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 055.382.254-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:14:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014145944900000068985814>
Número do documento: 20103014145944900000068985814

Num. 70356532 - Pág. 23