



Número: **0069983-54.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARCONE SILVA DE MELO (AUTOR)	Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
80114 982	07/05/2021 11:51	<u>2768747_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00699835420208172001

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARCONE SILVA DE MELO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 6 de maio de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoportoadvocacia.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/05/2021 11:51:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050711511908400000078459297>
Número do documento: 21050711511908400000078459297

Num. 80114982 - Pág. 1



Número: **0069983-54.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARCONE SILVA DE MELO (AUTOR)	Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
80114 984	07/05/2021 11:51	<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, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200050373 **Vítima: MARCONE SILVA DE MELO**

Data do Acidente: 01/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCONE SILVA DE MELO

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 15459688



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, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200050373 **Vítima: MARCONE SILVA DE MELO**

Data do Acidente: 01/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCONE SILVA DE MELO

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos. 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. 00453/00454 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 15482678



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/05/2021 11:51:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050711511918900000078459299>
Número do documento: 21050711511918900000078459299

Num. 80114984 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Scocha(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
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
	078567954-50	MARCO SILVA DE MELLO		

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PARCA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CRONLAR SUSP AR-65/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - Fazenda:			16 - IEDD (DDD):
			18198572-8935

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
-----------------------	---	---

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA PDI (PÂMIA) (selecionar para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (selecionar)
--	--

<input type="checkbox"/> Bradesco (291)	<input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (031)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 8310	CONTA: 40102	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
---------------	--------------	----------------	--------------

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica da renda da acidente de trânsito e avaliação médica, caso ocorra do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE DADOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Vôo	24 - Data da morte da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companion(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companion(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	----------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar vivos:	<input type="checkbox"/> Vivos	30 - Vítima deixou filhos:	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha filhos, informar vivos:	<input type="checkbox"/> Vivos	33 - Vítima deixou filhos:	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não										

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por meio de laudos de verificação que se apresentarem e anexarem a esta declaração, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá ensejar a configuração do delito de falsa testemunha, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
				39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

1002/2019



TESTEMUNHA

ENR 575324

0041863/20



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ºCIRC
 DIM/7ºDESEC

PMMS 575331

0042139/1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0114000739

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/01/2020 às 11:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 1/11/2019 às 15:16

Fato ocorrido no endereço: **RUA SERRITA, 01, RUA MANOEL REGUEIRA** - Bairro: **BULTRINS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **53030-150**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PREJUDICADO (AUTOR / AGENTE)
JOSE LUCAS VELOSO DA SILVEIRA (OUTRO)
MARCONE SILVA DE MELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONE SILVA DE MELO**

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

MARCONE SILVA DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA** Pai: **MARCOS AURELIO DE MELO** Data de Nascimento: **27/8/1987** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7891766/SD9/PE (RG), 07856795450 (CPF)** Profissão: **ATENDENTE** Telefones Celulares: **- 81987707861**

Endereço Residencial: **RUA JOAO GALHARDO, 142, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: BULTRINS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE LUCAS VELOSO DA SILVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

PREJUDICADO (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

CICLOMOTOR I /SHINERAY XY 50 Q, PLACA PDP9861, COR VERDE (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE LUCAS VELOSO DA SILVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONE SILVA DE MELO**
 Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/SHINERAY/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **1,000 (UNIDADE)** Valor Unitário: **(REAL)** Valor Total: **(REAL)**

Placa: **PDP9861 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

Descrição: **CICLOMOTOR I /SHINERAY XY 50 Q, PLACA PDP9861, COR VERDE**

22/01/2020 1



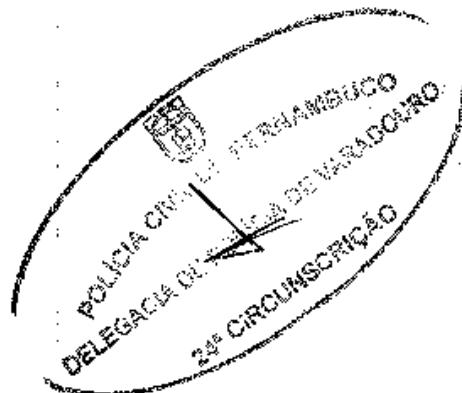
Complemento / Observação

CONPARECEU A ESTA DP O SENHOR MARCONE SILVA DE MELO, QUEIXANDO QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRANSITO. ALEGA O QUEIXOSO QUE TRANSITAVA COM O CICLOMOTOR I /SHINERAY XY 50 Q, PLACA PDP9861, COR VERDE, PELA AVENIDA MANOEL REGUEIRA, BULTRINS, OLINDA/PE, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, VINDO A DESLIZAR E DERRAPAR NO CHÃO, DEVIDO A CASCALHO NA VIA, CAINDO AO CHÃO, SOFRENDO UMA FRATURA NA TIBIA E FIBULA. ALEGA O QUEIXOSO QUE FOI SOCRRIDO PELOS BOMBEIROS (CERTIDÃO 2019APH001415 DIV.OP) PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES , PRONTUARIO 130936, CNEs 6431569.

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

marcione silva de melo
MARCONE SILVA DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: JULIO CESAR MACHADO - MAT. 208.463-5
(Liberado em 22/01/2020 às 12:02)



22/01/2020 12:02



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/05/2021 11:51:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050711511918900000078459299>
Número do documento: 21050711511918900000078459299

Num. 80114984 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Scocha(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
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
	078567954-50	MARCO SILVA DE MELLO		

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PARCA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CRONLAR SUSP AR-65/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - Fazenda:			16 - IEDD (DDD):
			18198572-8935

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
-----------------------	---	---

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA PDI (PÂMIA) (selecionar para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (selecionar)
--	--

<input type="checkbox"/> Bradesco (291)	<input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (031)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 8310	CONTA: 40102	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
---------------	--------------	----------------	--------------

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica da renda da acidente de trânsito e avaliação médica, caso ocorra do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE DADOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Vôo	24 - Data da morte da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companionável:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companionável, informar o nome completo:
---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------	--

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deu ou não deu deixa(s) de herança(s): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha filhos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou ou não deixou testamento(s): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	34 - Vítima deixou ou não deixou testamento(s): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	---	---	---	---	--	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por meio de laudos de verificação que se apresentarem e anexarem a esta declaração, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá ensejar a configuração do delito de falsa testemunha, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35	36 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura do testemunha
----	---	---	---

38 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
---	---

40 - Local e Data: _____	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____	42 - Assinatura do Procurador (se houver): _____
--------------------------	--	--

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

45 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

47 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

49 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

51 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

53 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

55 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

56 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

57 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

59 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

61 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

62 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

63 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

65 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

67 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

68 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

69 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

71 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

72 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

73 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

74 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

75 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

76 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

77 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

79 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

80 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

81 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

82 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

83 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

84 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

85 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

86 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

87 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

88 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

89 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

90 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

91 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

92 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

93 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

94 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

95 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

96 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

97 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

98 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

99 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

100 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

101 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

102 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

103 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

104 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

105 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

106 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

107 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

108 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

109 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

110 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

111 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

112 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

113 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

114 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

115 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

116 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

117 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

118 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

119 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

120 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

121 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

122 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

123 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

124 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

125 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

126 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

127 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

128 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

129 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

130 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

131 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

132 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

133 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

134 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

135 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

136 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

137 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

138 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

139 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

140 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

141 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

142 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

143 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

144 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

145 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

146 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

147 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

148 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

149 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

150 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

151 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

152 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

153 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

154 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

155 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

156 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

157 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

158 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

159 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

160 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

161 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

162 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

163 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

164 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

165 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

166 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

167 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

168 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

169 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

170 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

171 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

172 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

173 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

174 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

175 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

176 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

177 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

178 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

179 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

180 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

181 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

182 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

183 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

184 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

185 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

186 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

187 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

188 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

189 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

190 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

191 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____



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

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH001415 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). MARCONE SILVA DE MELO, 32 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 7891766 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 078.567.954-50, residente à RUA JOAO GALHARDO, nº 142, CS, BULTRINS, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 01/11/2019, por volta das 15:16 hs, no endereço: RUA MANOEL REGUEIRA, S/N, BULTRINS OLINDA-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA SHINERAY VERDE PDP9861-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) MARCONE SILVA DE MELO, inscrito sob o CPF nº 078.567.954-50 e Registro Geral nº 7891766, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 707259-7. MICHELE. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 130938. Ficou aos cuidados do médico GUILHERME ANSELMO, registro 27749. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em: 21/01/2020

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

<http://www.cbmpe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001415

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 - 07/05/2021 11:51:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050711511918900000078459299>

Número do documento: 21050711511918900000078459299

Num. 80114984 - Pág. 7

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCONE SILVA DE MELO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08310

CONTA: 000000040102-4

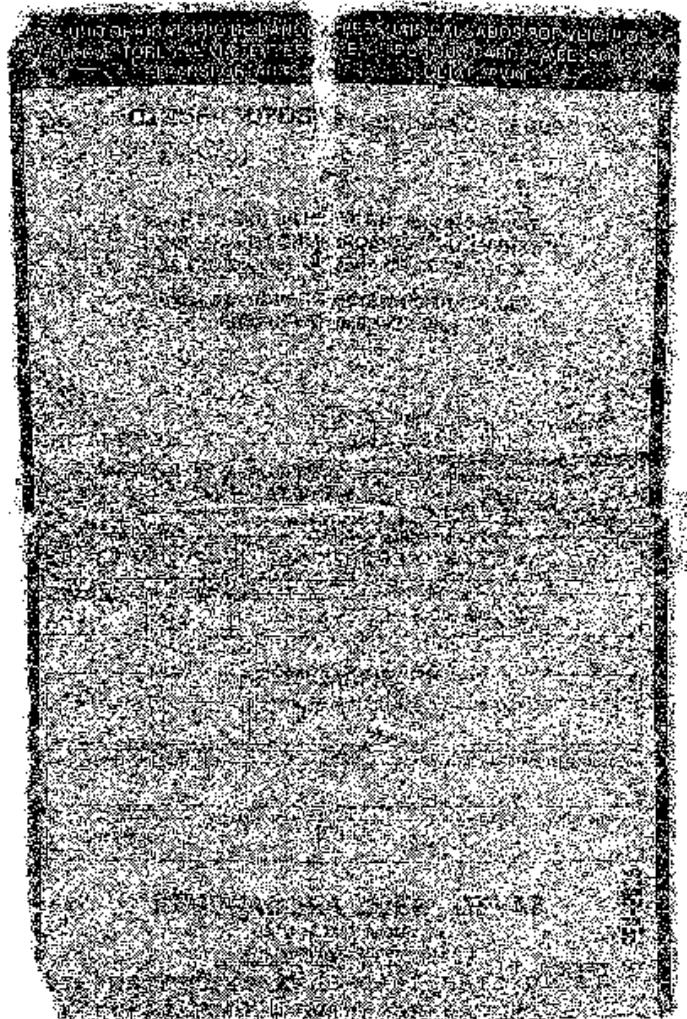
Autenticação:

823DA83AD83E480F7CCA5214C1C11E79004DF37D0946BFFD90FA0CB0B747EE22



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/05/2021 11:51:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050711511918900000078459299>
Número do documento: 21050711511918900000078459299

Num. 80114984 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/05/2021 11:51:19
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050711511918900000078459299>
Número do documento: 21050711511918900000078459299

Num. 80114984 - Pág. 9

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200050373 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCONE SILVA DE MELO **Data do acidente:** 01/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1 P6 P12)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

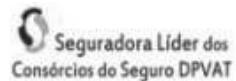
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041863/20

Vítima: MARCONE SILVA DE MELO

CPF: 078.567.954-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/11/2019

Titular do CPF: MARCONE SILVA DE MELO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA : 065.793.954-43

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

MARCONE SILVA DE MELO : 078.567.954-50

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 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: 30/01/2020
Nome: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA
CPF: 065.793.954-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2020
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/05/2021 11:51:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050711511918900000078459299>
Número do documento: 21050711511918900000078459299

Num. 80114984 - Pág. 11

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Marcos Silveira de Melo

portador(a) do documento de identidade nº 7891766, expedido por SDS-PE, em

16/09/16, inscrito no CPF sob o nº 078567954-50, residente na

Rua São Luiz nº 142

complemento _____ Bairro BELTRIM, cidade

OLINDA, Estado PE

2. Outorgado Fábio José Soares da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 7042652, expedido por SDS-PE, em

15/11/16, inscrito no CPF sob o nº 065793954-43, residente na

estrada de São Pedro nº 170

complemento _____ Bairro Alto do Meio, cidade

Olinda, Estado PE

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Olinda 22 de Janeiro de 2020

 Outorgante Marcos Silveira de Melo

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FÍRMAS DE:

MARCOS SILVEIRA DE MELO

SELO: 0077651.LRL04202002.05771

AUTORIZADO: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

EM 22/01/2020

DA VERDADE

OLINDA, 22 DE JANEIRO DE 2020

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/05/2021 11:51:19

https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050711511918900000078459299

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041863/20

Vítima: MARCONE SILVA DE MELO

CPF: 078.567.954-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/11/2019

Titular do CPF: MARCONE SILVA DE MELO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA : 065.793.954-43

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

MARCONE SILVA DE MELO : 078.567.954-50

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 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: 30/01/2020
Nome: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA
CPF: 065.793.954-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2020
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/05/2021 11:51:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050711511918900000078459299>
Número do documento: 21050711511918900000078459299

Num. 80114984 - Pág. 13