



Número: **0033675-19.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA (AUTOR)	EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A))
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
99642 332	22/02/2022 16:55	2769173_RECURSO_DE_APELACAO_01	Petição em PDF



EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO B

Processo n. 00336751920208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, apresentar seu **RECURSO DE APelação**, o que faz consubstanciado nas razões anexas, requerendo seu regular processamento e ulterior envio à Câmara Cível.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 16 de fevereiro de 2022.

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.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2022 16:55:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22022216554389800000097480105>
Número do documento: 22022216554389800000097480105

Num. 99642332 - Pág. 1

PROCESSO ORIGINÁRIO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE / PE

Processo n.º 00336751920208172001

APELADA: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

APELANTES: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

DAS RAZÕES DO RECURSO

COLENDÁ CÂMARA,

INCLÍTOS JULGADORES,

A sentença proferida no juízo “a quo” merece ser reformada, pois a matéria foi examinada em desconformidade com a legislação em vigor e as provas constantes dos autos e fundamentada em afronta as normas legais aplicáveis.

BREVE RELATO DOS FATOS

Cuida-se o feito de ação de cobrança de seguro DPVAT, em que o recorrido, alega na peça vestibular ter sofrido acidente de trânsito em 23/02/2020.

Aduz ainda, que, em razão do sinistro noticiado nos autos é portador de invalidez permanente, tendo se submetido a exame pericial.

Por fim, em razão da suposta invalidez adquirida, o recorrido, ajuizou a presente lide pleiteando verba indenizatória do Seguro DPVAT.

Entendeu o Nobre Juiz *a quo*, em acolher parcialmente o pedido inicial, ultrapassando todas as teses lançadas na defesa da Demandada, assim, julgou a lide parcialmente procedente, em desfavor da Recorrente, condenando-a a indenizar a parte Apelada, a título de seguro DPVAT, nos seguintes termos:

Isto posto, com base nos dispositivos legais antes mencionados, julgo **PROCEDENTE EM PARTE** extinguindo o feito com exame do mérito, o que faço com base no art. 487,I, CPC/2015, condenando a ré ao pagamento da indenização securitária no valor de R\$ 3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco reais), que deverá ser corrigido pela tabela do ENCOGE desde o dia da negativa de pagamento administrativamente (e se esta não houver, desde a data da citação) e a efetiva quitação, e acrescido dos juros moratórios, de 1% ao mês, a partir da citação válida até o efetivo pagamento.

Em virtude da sucumbência mínima do réu, condeno a parte autora ao pagamento das custas processuais e da verba honorária que arbitro em 10% (vinte por cento) sobre o valor de R\$ 7.762,50, o qual representa a diferença entre o valor cobrado e o efetivamente devido.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2022 16:55:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22022216554389800000097480105>
Número do documento: 22022216554389800000097480105

Num. 99642332 - Pág. 2

Data vénia, não houve com o habitual acerto o Ilustre Magistrado *a quo*, pois, conforme se passa a demonstrar, a r. Decisão não guarda sintonia com as questões de fato e de direito ventiladas nos autos.

DO PAGAMENTO EM SEDE ADMINISTARTIVA NA MONTA DE R\$ 4725,00

PRINCÍPIO DA VERDADE REAL

Inicialmente cabe informar que a R. decisão monocrática deve ser reformada, ignorar o valor realmente recebido enseja no enriquecimento ilícito da parte Apelada. Vejamos trecho da contestação informando do pagamento de R\$ 4725,00:

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Ademais mesmo que estivesse sido silente ainda assim os nobres julgadores deveriam levar em consideração o valor, de fato, recebido neste sentido, a Apelante pede vénia para demonstrar julgado paradigma, *in verbis*:

“JUNTADA DE DOCUMENTOS PREEXISTENTES. EXECUÇÃO. VEDAÇÃO DO ENRIQUECIMENTO SEM CAUSA - Ainda que se trate de documentos preexistentes à fase cognitiva, devem ser conhecidos na execução do julgado, se necessários para a observância dos limites impostos pelo título judicial, assim como para evitar o enriquecimento sem causa, vedado pelo ordenamento jurídico. (TRT-5 - AP: 372000320085050194 BA 0037200-03.2008.5.05.0194, 4ª. TURMA, Data de Publicação: DJ 07/06/2011)”.

Dentre os princípios constitucionais, mister se faz ressaltar o princípio da verdade real, ressalta-se que observar apenas uma verdade ficta, vai de encontro com os princípios e garantias constitucionais assegurados aqueles que vivem em um Estado Democrático de Direito.

“DECISÃO: ACORDAM os Desembargadores que integram a Nona Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, por unanimidade de votos, em dar provimento ao recurso, nos termos do voto. EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT - PAGAMENTO ADMINISTRATIVO ARGUIDO EM RECURSO - ANALOGIA COM O INSTITUTO DA EXCEÇÃO DE PRÉ- EXECUTIVIDADE, EM QUE SE ADMITE A ALEGAÇÃO POSTERIOR DE PAGAMENTO - JUNTADA DE COMPROVANTE DE QUITAÇÃO APÓS A CONTESTAÇÃO - POSSIBILIDADE - PROCESSO QUE BUSCA A VERDADE REAL - MITIGAÇÃO DO ART. 396 DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL - AUSÊNCIA DE CONTRARRAZÕES - ADMISSÃO DAS RAZÕES E DO DOCUMENTO APRESENTADO - PLEITO DE COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA - INVALIDEZ PERMANENTE - PERDA PARCIAL INCOMPLETA DO OMBRO E DA MÃO DIREITOS - APLICAÇÃO DO INCISO II DO § 1º DO ART. 3º DA LEI Nº 6.194/74 (COM AS ALTERAÇÕES TRAZIDAS PELA LEI Nº 11.945/2009)- SEGURADORA QUE PAGOU ADMINISTRATIVAMENTE VALOR MAIOR DO QUE AQUELE RECONHECIDO COMO DEVIDO - IMPROCEDÊNCIA DA PRETENSÃO AUTORAL - SENTENÇA REFORMADA - INVERSÃO DOS ÔNUS DA SUCUMBÊNCIA - RECURSO PROVIDO. (TJPR - 9ª C.Cível - AC - 1316496-0 - Cascavel - Rel.: Domingos José Perfetto - Unânime - - J. 26.02.2015) - (TJ-PR , Relator: Domingos José Perfetto, Data de Julgamento: 26/02/2015, 9ª Câmara Cível)”

Ademais, a formulação do pedido administrativo implica necessariamente na apresentação de toda a documentação legalmente exigível. A análise dessa documentação, compreendida no procedimento denominado *“regulação do sinistro”*, é efetuada pela SEGURADORA A QUEM O PLEITO FOI DIRIGIDO ou por empresas especializadas, que atuam por delegação da seguradora.



Dessa breve explanação, deduz-se facilmente que a seguradora reguladora do sinistro, tão somente a Seguradora acionada na via administrativa que efetuou pagamento de verba indenitária no valor TOTAL de R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS), divididos em 2 pagamentos de R\$ 2.362,50 cada um, vejamos:

- PAGAMENTO REALIZADO EM 09/06/2020 NO VALOR DE R\$ 2.362,50:

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

09/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04067

CONTA: 000001023385-5

Nr. da Autenticação 6C83A83C53FB19A4

- PAGAMENTO REALIZADO EM 09/06/2020 NO VALOR DE R\$ 2.362,50:

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2022 16:55:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22022216554389800000097480105>
Número do documento: 22022216554389800000097480105

Num. 99642332 - Pág. 4

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

08/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04067

CONTA: 000001023385-5

Nr. da Autenticação 5C1A574036AEBE5F

Ressalte-se que a Apelante não está se omitindo ou procrastinando na presente demanda, muito pelo contrário, busca a veracidade dos fatos, para a perfeita aplicação da justiça.

E, a fim de que o processo seja justo (como é exigência do Estado Constitucional), é necessário que esteja regulado para a produção tendencial de decisões justas, ou seja, é necessário, para que o processo seja justo, que busque a verdade de forma idônea, por isso requer seja considerado os dois pagamentos administrativos apresentados nos autos e seu consequente abatimento da condenação.

CONCLUSÃO

Dante de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, confia a Apelante no alto grau de eficiência desse Egrégio Tribunal de Justiça, a fim de que seja reformada a r. sentença proferida pelo MM. Juiz “a quo”, dando provimento ao presente recurso, para:

Seja reconhecido o pagamento administrativo realizado no valor de R\$4725,00 abatendo o referido valor da condenação.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2022 16:55:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22022216554389800000097480105>
Número do documento: 22022216554389800000097480105

Num. 99642332 - Pág. 5

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 16 de fevereiro de 2022.

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.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2022 16:55:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22022216554389800000097480105>
Número do documento: 22022216554389800000097480105

Num. 99642332 - Pág. 6

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**, em curso perante a **34ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00336751920208172001.

Rio de Janeiro, 16 de fevereiro de 2022.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2022 16:55:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22022216554389800000097480105>
Número do documento: 22022216554389800000097480105

Num. 99642332 - Pág. 7



Número: **0033675-19.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA (AUTOR)	EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A))
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
99640 680	22/02/2022 16:55	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



001-9

00190.00009 03106.434008 00858.023179 6 89330000038933

Local Pagamento					Vencimento
Pagável em qualquer banco até o vencimento					23/03/2022
Cedente Tribunal de Justiça de Pernambuco / Processo Judicial Eletrônico - Recife					
Data do Documento	Nº do documento	Espécie DOC	Aceite	Data Process.	
21/02/2022	858023	DS	N	21/02/2022	
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor	
	17	R\$			
Instruções - Sr. caixa, não receber após o vencimento. - O boleto pode demorar em torno de 1 hora e 30 minutos para ser reconhecido pelo banco para que assim você possa efetuar o pagamento.					
Natureza da Ação:					
Qtd	Descrição	Nº do Processo:	00336751920208172001	Base de cálculo	R\$ 12.977,50
1	Taxa judiciária 1% sobre a base de cálculo			Valor Unit.	Valor Total
1	Custas 2% sobre a base de cálculo			R\$ 129,78	R\$ 129,78
				R\$ 259,55	R\$ 259,55
Total					
				Tarifa Banco	R\$ 389,33
					R\$ 0,00
(-) Desconto / Abatimento					
(-) Outras Deduções					
(+ Juros / Multa					
(-) Outros Acréscimos					
(-) Valor Cobrado					
R\$ 389,33					

Sacado

SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA / CNPJ 09248608000104

Sacador / Avalista



001-9

00190.00009 03106.434008 00858.023179 6 89330000038933

Local Pagamento					Vencimento
Pagável em qualquer banco até o vencimento					23/03/2022
Cedente Tribunal de Justiça de Pernambuco / Processo Judicial Eletrônico - Recife					
Data do Documento	Nº do documento	Espécie DOC	Aceite	Data Process.	
21/02/2022	858023	DS	N	21/02/2022	
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor	
	17	R\$			
Instruções - Sr. caixa, não receber após o vencimento. - O boleto pode demorar em torno de 1 hora e 30 minutos para ser reconhecido pelo banco para que assim você possa efetuar o pagamento.					
Natureza da Ação:					
Qtd	Descrição	Nº do Processo:	00336751920208172001	Base de cálculo	R\$ 12.977,50
1	Taxa judiciária 1% sobre a base de cálculo			Valor Unit.	Valor Total
1	Custas 2% sobre a base de cálculo			R\$ 129,78	R\$ 129,78
				R\$ 259,55	R\$ 259,55
Total					
				Tarifa Banco	R\$ 389,33
					R\$ 0,00
(-) Desconto / Abatimento					
(-) Outras Deduções					
(+ Juros / Multa					
(-) Outros Acréscimos					
(-) Valor Cobrado					
R\$ 389,33					

Sacado

SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA / CNPJ 09248608000104

Sacador / Avalista



001-9

00190.00009 03106.434008 00858.023179 6 89330000038933

Local Pagamento					Vencimento
Pagável em qualquer banco até o vencimento					23/03/2022
Cedente Tribunal de Justiça de Pernambuco / Processo Judicial Eletrônico - Recife					
Data do Documento	Nº do documento	Espécie DOC	Aceite	Data Process.	
21/02/2022	858023	DS	N	21/02/2022	
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor	
	17	R\$			
Instruções - Sr. caixa, não receber após o vencimento. - O boleto pode demorar em torno de 1 hora e 30 minutos para ser reconhecido pelo banco para que assim você possa efetuar o pagamento.					
Natureza da Ação:					
Qtd	Descrição	Nº do Processo:	00336751920208172001	Base de cálculo	R\$ 12.977,50
1	Taxa judiciária 1% sobre a base de cálculo			Valor Unit.	Valor Total
1	Custas 2% sobre a base de cálculo			R\$ 129,78	R\$ 129,78
				R\$ 259,55	R\$ 259,55
Total					
				Tarifa Banco	R\$ 389,33
					R\$ 0,00
(-) Desconto / Abatimento					
(-) Outras Deduções					
(+ Juros / Multa					
(-) Outros Acréscimos					
(-) Valor Cobrado					
R\$ 389,33					

Sacado

SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA / CNPJ 09248608000104

Sacador / Avalista

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2022 16:55:44
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22022216554399400000097480103>
 Número do documento: 22022216554399400000097480103

Num. 99640680 - Pág. 1

Pagamento de títulos com débito em conta corrente

22/02/2022 - BANCO DO BRASIL - 12:30:19
125101251 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

CLIENTE: J BARBOSA ADVOGADOS ASS
AGENCIA: 1251-3 CONTA: 31.969-4

=====
BANCO DO BRASIL

00190000090310643400800858023179689330000038933

BENEFICIARIO:

FUNDO E R M PODER JU

NOME FANTASIA:

TJPE- FERM SICAJUD

CNPJ: 18.335.922/0001-15

PAGADOR:

SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SE

CNPJ: 09.248.608/0001-04

NR. DOCUMENTO	22.204
NOSSO NUMERO	31064340000858023
CONVENIO	03106434
DATA DE VENCIMENTO	23/03/2022
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2022
VALOR DO DOCUMENTO	389,33
VALOR COBRADO	389,33

=====
NR.AUTENTICACAO D.AAC.1FF.21D.F72.8D7

=====
Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habitualis agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Assinada por J7663175 JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS

22/02/2022 12:30:19

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7663175 JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS.





Número: **0033675-19.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA (AUTOR)	EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A))
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
99640 681	22/02/2022 16:55	<u>ANEXO 2</u>	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04067

CONTA: 000001023385-5

Nr. da Autenticação 5C1A574036AEBE5F



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2022 16:55:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22022216554413300000097480104>
Número do documento: 22022216554413300000097480104

Num. 99640681 - Pág. 1

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: 09/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04067

CONTA: 000001023385-5

Nr. da Autenticação 6C83A83C53FB19A4



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2022 16:55:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22022216554413300000097480104>
Número do documento: 22022216554413300000097480104

Num. 99640681 - Pág. 2



Scanned with CamScanner





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 **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**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, ateria, capitalização e reseguros.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES** inscrito (a) no CPF **574.940.534-68**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**..., inscrito (a) no CPF sob o N° **109.015.114-47**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ**, da Vítima **VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**..., inscrito (a) no CPF sob o N° **109.015.114-47**, 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 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	RUA JOSÉ BATISTA	Número	370	Complemento
Bairro	CENTRO	Cidade	SURUBIM	
Email		Estado	PE	CEP
		Telefone comercial (DDD)	(81) 9.965-0454	Telefone celular (DDD)
				1819.8133-5022

SURUBIM, 19 de MAIO de 2020.

Local e Data

Assinatura do Declarante

CLIQUEL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2022 16:55:44
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22022216554413300000097480104>
Número do documento: 22022216554413300000097480104

Num. 99640681 - Pág. 5

UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Dr. Gentil Augusto de Miranda



- DECLARAÇÃO -

Declaro, para os efeitos finis e efeitos legais, que o Sr. Vagner Andrade da Cunha,
nascido no 18/03/1991, filho da Sra. Josefa Araújo Góeslino da Silva Oliveira e do Sr.
Vandré Antônio da Oliveira, Residente na Rua José Alves S. Pinto, n° 101 - Centro
Jacutinga, neste Ofício, Solictou no dia 18/02/2020, carta de autorização de
avancamento de nível de autorização motorcyclista.

Almejado nesse Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas), Dr. Gentil
Augusto de Miranda, no dia 23/02/2020 pelo médico plantonista Dr. Lenonca Machado (CRM
PE 22241).

Assinado, Até o momento de 00/00/0000

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78

Lenonca Machado
Vereadora de Andrade Costa
CRM/PE - 22241 - Plantonista





UNIVERSAL
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

CEP: 57380-024
Prefeitura Municipal de Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

Drº Geraldo Augusto de Moraes

LANÇO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Hospital Local:	2º Via Hospital de destino/2º Via (Hospital Local)		
Nome do Paciente:	Município: 2º Via		
Quadro Clínico:	Data de Nascimento: 10/03/1937		
Paciente de nome: Dr. J. M. de Oliveira Diagnóstico: Síndrome de Alzheimer, com perda de memória, com dificuldade de comunicação, com perda de orientação. Sintomas: Perda de memória, perda de orientação, perda de habilidades diárias. Medicamentos: Diazepam 10mg, 1 vez ao dia, 1 vez na noite. HAB: Fazendo uso de banheiros, Fazendo cozinhar, Fazendo洗漱			
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente	CRM: 23.3241	DATA:	
Dr. J. M. de Oliveira	DATA: 13/02/2022	Assinatura:	
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Cozinha do Plantão	CRM:	DATA:	
1º REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saida
	Morriste (Registro Detalhado)		
2º REMOÇÃO	Assinatura do (a) médico (a):	CRM:	
	2º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saida
	Morriste (Registro Detalhado)		
Assinatura do Responsável	Assinatura do (a) médico (a):	CRM:	
	Assinatura e certidão de Técnicos de Enfermagem:	CRM:	
	Assinatura do Motorista:	Placa da Ambulância:	



HOSPITAL DIA DE SANTAS

Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - 20040-000

ATESTAÇAO MEDICA

PESSOAS que se encontra em tratamento de observação e/ou

recomendação de tratamento de observação e/ou

diagnóstico de doença de origem de

5/2/2022

medicamento

peça ao seu médico de confiança para que o mesmo

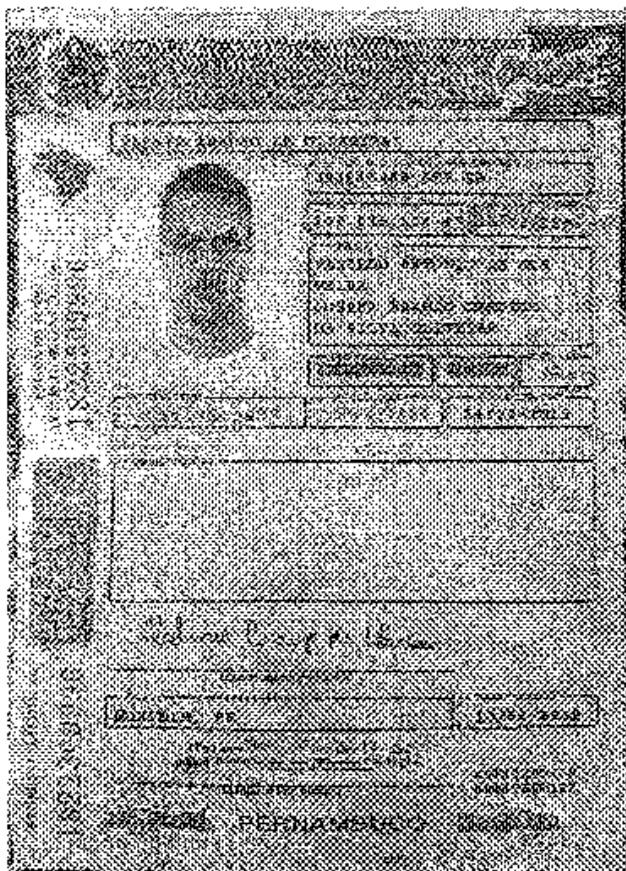
informe ao seu hospital dia de santas

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2022 16:55:44
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22022216554413300000097480104>
Número do documento: 22022216554413300000097480104

Num. 99640681 - Pág. 10



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2022 16:55:44
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22022216554413300000097480104>
Número do documento: 22022216554413300000097480104

Num. 99640681 - Pág. 11



DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO

Setor: 11255-0 DIR. DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

12:19:05

Controle de Veículos - Relatório Geral Do Veículo

Placa: **KHG0130** UF: **PE**

Renavam: **180657186**

Chassi: **9C2NC4310AR041757**

Número do Motor: **NC43E1A041757**

Proprietário: **VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

Município: **SURUBIM**

Marca/Modelo: **HONDA/CB 300R**

Fabricação/Ano: **2009 / 2010**

Cor: **VERMELHA**

Restrições Gerais:

Registro do contrato de Financiamento: Data:

Restrição 1:

Restrição 2:

Restrição 3:

Restrição 4:

Observação restrição:

Débitos:

IPVA:	Sim	Valor: 169,95
Licenciamento:	Sim	Valor: 132,69
Multas IPVA:	Não	Valor:
Multas:	Não	Valor:
DPVAT:	Sim	Valor: 12,30
Autuações em Tramitação:	Não	Valor:

Gravame:

Último CRLV Emitido:

Exercício: **2018**

Emissão: **13/07/2018 CIR. SURUBIM**

Entrega: **13/07/2018**

Destino: **ON-LINE**

Retirante: **VALM**

Devolução:

Motivo:

AR de Postagem:



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147902/20

Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

CPF: 109.015.114-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/02/2020

Titular do CPF: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA : 109.015.114-47

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 26/05/2020

Data do cadastramento: 26/05/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2022 16:55:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22022216554413300000097480104>
Número do documento: 22022216554413300000097480104

Num. 99640681 - Pág. 13



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2569 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32 001 901 56

Data da solicitação: 22/06/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

CPF do beneficiário: 109.015.114-47

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454 Tel. Comercial: (81) 3200-190156

Tel. Residencial: (81) 3200-190156

E-mail: valmiraraudo@outlook.com.br

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(s) documento(s) estão sendo entregues:

Novos documentos médicos
 Laudo do IML
 Boletim de Ocorrência
 Notas fiscais complementares

Outros: DOC. IMAGEM. + LAUDO MÉDICO
(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DÉSSEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito que seja reanalizado meu processo. Pois sofri fratura em minha perna tif cirurgia, todo tratamento médico, coloquei placa e parafuso, e mesmo assim me encontro com sequelas. Não fui submetido a perícia médica para avaliar as minhas sequelas e foi liberado um valor muito inferior ao que tenho direito.

Surv. 22/06/2020

Local e Data

Valmir Araujo de Oliveira

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue na mesma ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escotrar pessoa de sua confiança, alfabetizado, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a rogo).





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, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200190156 **Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 23/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

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 15810711

Pag. 00015/00016 - carta_01 - INVALIDEZ



0002008



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2022 16:55:44
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22022216554413300000097480104>
Número do documento: 22022216554413300000097480104

Num. 99640681 - Pág. 15



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 Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200190156 **Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 23/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Pag. 00891/00892 - carta_25 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2022 16:55:44
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22022216554413300000097480104>
Número do documento: 22022216554413300000097480104

Num. 99640681 - Pág. 16

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, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200190156 **Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 23/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 033

Agência: 000004067

Conta: 000001023385-5

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200190156 **Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 23/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

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. 01269/01270 - carta_02 - INVALIDEZ



00050635

Carta nº 15890219



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2022 16:55:44
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22022216554413300000097480104>
Número do documento: 22022216554413300000097480104

Num. 99640681 - Pág. 18

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, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200190156 **Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 23/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =

R\$ 4.725,00

Recebedor: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 033

Agência: 000004067

Conta: 000001023385-5

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTO

2 - N° do sinistro ou ASI: **109.015.114-43** 3 - CPF da vítima: **109.015.114-43** 4 - Nome completo da vítima: **VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 145/2012

5 - Nome completo: **VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA** 6 - CPF: **109.015.114-43**
 7 - Profissão: **FORNEIRO** 8 - Endereço: **RUA JOSÉ ALVES S. FILHO 116** 9 - Número: **30** 10 - Complemento: **CASA**
 11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **SURUBIM** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55.750-000**
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **(81) 9.9665-0454**

DADOS CADASTRAIS

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 comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- REUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (sómente para de balanços abertos. Atualize a sua cotação)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **A245** CONTA: **22739** **(Informar o número da agência)** **(Informar o número da conta)** **(Informar o número da agência)** **(Informar o número da conta)** **(Informar o número da agência)** **(Informar o número da conta)**

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Notifico o presegurador da minha de que meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTO

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo **24 - Data do óbito da vítima:**

25 - Grau de Parentesco com a vítima: **26 - Vítima deixou companheiro(a):** Sim Não **27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:**

28 - Vítima Sim **25 - Se tinha filhos, informar** **30 - Vítima deixou** Sim **31 - Vítima** Sim **32 - Se tinha irmãos, informar** **33 - Vítima deixou** Sim
 (se vivo) Não **Vivos:** **Falecidos:** **residuo (vacinado):** Não **Vivos:** **Falecidos:** **país/área vivos:** Não

Notifico o presegurador da minha de que a Seguradora Líder pagará, caso óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem, em condição, estando viva, única, ou que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogar)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogar)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogar)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **SURUBIM, 19 DE MAIO DE 2020.**

Xelvius Lucas de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPG.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116°CIRC
DINTER1/16°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0206000873

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/05/2020** às **19:54**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **23/2/2020** às **11:30**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA FATAL**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 01, RUA SETE DE SETEMBRO** - Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE À ESCOLA OLIVEIROS**

Lugar do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GERNEIDE CANDIDO DE OLIVEIRA (TESTEMUNHA)
VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA**

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

VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA ARAUJO CANDIDO DA SILVA OLIVEIRA** Pai: **VANILDO ANTONIO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **15/3/1994**
 Naturalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **392845489/SSP/SP (RG), 10901511447 (CPF)**
 Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **FORNEIRO (ALTO-FORNO)** Telefones Celulares: **- 81995758192**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 30, RUA JOSE ALVES S. FILHO - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DA VAQUEJADA, PERTO DA ANTENA DA VIVO**

GERNEIDE CANDIDO DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA FRANCISCA DO CARMO** Pai: **GENIMÁRIO CANDIDO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **7/3/1991** Naturalidade: **BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **533534392/SSP/SP (RG), 09788828493 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 13, RUA DOM HELDER CÂMARA, SÃO JOSÉ - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**



DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NAO INFORMADO** /
PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem:
DESCONHECIDO

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB300R** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHG0130** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **180657186** Chassi: **9C2NC4310AR041757**
 Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

NO DIA DE HOJE, 18/05/2020, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA, A PESSOA DE VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA (VÍTIMA) ALEGANDO QUE NO DIA 23/02/2020, POR VOLTA DAS 23:30, ESTAVA TRAFEGANDO NA RUA SETE DE SETEMBRO, NAS PROXIMIDADES DA ESCOLA OLIVEIROS DE ANDRADE VASCONCELOS, PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA CB 300R, PLACA: KHG-0130, SENTIDO CENTRO DE SURUBIM; QUE QUANDO ESTAVA PASSANDO NO QUEBRA MOLAS, ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, SUBINDO NA CALÇADA, BATENDO NUMA BARRACA QUE VENDE VERDURA; QUE RECORDA QUE POR ESTÁ CHOVENDO E O ALFALTO MOLHADO, AO PASSAR PELO QUEBRA MOLAS O PNEU DA FRENT DERRAPOU, O QUE VEIO FAZER PERDER O CONTROLE; QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE ESTAVA SOZINHO, TENDO LOGO EM SEGUIDA LIGADO PARA GERNEIDE CANDIDO DE OLIVEIRA (TESTEMUNHA) QUE É NAMORADA DO MESMO; QUE POUCO TEMPO DEPOIS FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU, TENDO SIDO LEVADO ATÉ A UPA DE SURUBIM E, NO MESMO DIA, TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS NA CIDADE DO RECIFE; QUE DIANTE DO OCORRIDO, VEM REGISTRAR O COMPETENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

Valmir Araújo de Oliveira
VALMIR ARAÚJO DE OLIVEIRA
 (VÍTIMA)

B.O. registrado por: **IVANALDO FRANCISCO DA SILVA** - Matrícula: **399721-9**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTO

2 - N° do sinistro ou ASI: **109.015.114-43** 3 - CPF da vítima: **109.015.114-43** 4 - Nome completo da vítima: **VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA**

RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 145/2012

5 - Nome completo: **VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA** 6 - CPF: **109.015.114-43**
 7 - Profissão: **FORNEIRO** 8 - Endereço: **RUA JOSÉ ALVES S. FILHO 116** 9 - Número: **30** 10 - Complemento: **CASA**
 11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **SURUBIM** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55.750-000**
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **(81) 9.9665-0454**

DADOS CADASTRAIS

27 - 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 comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- REUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

- CONTA POUPANÇA (sómente para de balanços abertos. Atualize a sua cotação)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (ativa no banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: **A245** CONTA: **22739**

(Informar o digito de acesso) (Informar o digito de acesso) (Informar o digito de acesso)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Notifico o presegurador da minha de que meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTO

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou neto(a) (nascido(a) a: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: Sim Não
 (Início de que a Seguradora Líder pagará, caso civil, e indenização do Seguro DPVAT por morte é que os beneficiários que se apresentarem e provarem
 a sua condição, estando viva, única, da que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da
 responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.)

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogar)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogar)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogar)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **SURUBIM, 19 DE MAIO DE 2020.**

Xelvius Lucas de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EP001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147902/20

Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

CPF: 109.015.114-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/02/2020

Titular do CPF: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA : 109.015.114-47

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 26/05/2020

Data do cadastramento: 26/05/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sítio/rua/ASL: 3 - CPF da vítima: 109.015.114-43 4 - Nome completo da vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA 6 - CPF: 109.015.114-43
 7 - Profissão: FORNEIRO 8 - Endereço: RUA JOSÉ ALVES S. FILHO 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.350-000
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9.9665-0454

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 comprovação anexo [ANEXAR CÓPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR R\$1.001,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO. REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341) CONTA CORRENTE (informe no banco):
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: CONTA: 4067 CONTA: 04023385 5
 (Informar o dígito de exibição) (Informar o dígito de validade) (Informar o dígito de exibição) (Informar o dígito de validade)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembodo do Seguro DPVAT, que é de 100% (cem por cento), reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74), uma vez que:

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

Solicito ao preseguro (ente ou ente que me pediu de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículos automotores) o disposto na Lei 8.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo 24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Paleciados: 30 - Vítima deixou herdeiros? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Paleciados: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem sua condição, entendo, 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 200 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)

40 - Local e Data: SURUBIM, 10 DE MAIO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (cedarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PPS.031 V002/2019

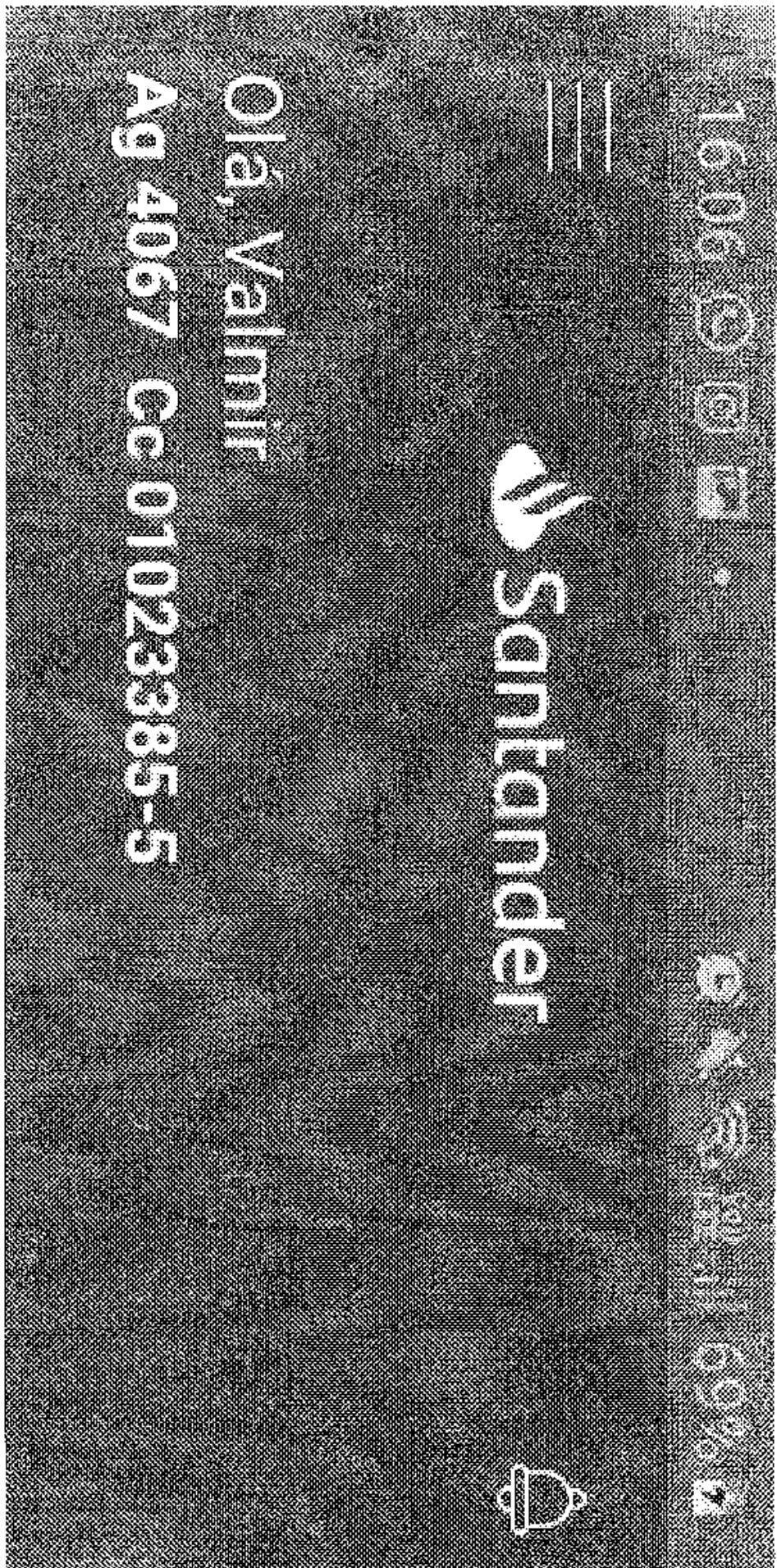
TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200190156 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/02/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA E DO COLO DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1,2,4)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 DIREITO.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200190156 **Cidade:** Surubim
Vítima: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/02/2020
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA E DO COLO DO FÉMUR DIREITO.

Descrição do exame físico: MARCHA CLAUDICANTE, HIPOTROFIA DO QUADRÍCEPS, REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO QUADRIL DIREITO E DO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DA FRATURA DIAFISÁRIA E PARAFUSOS DA FRATURA DO COLO DO FÉMUR SEM COMPLICAÇÕES ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/07/2020

Conduta mantida: Não

Observações: NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRIATAS NO EXAME FÍSICO(SINERGISMO DAS LESÕES REPERCUTINDO NO MEMBRO COMO UM TODO) VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

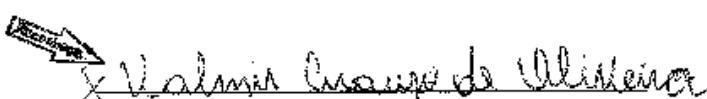
NOME: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: FORNEIRO
RG: 392.845.489 SSP/SP e CPF: 109.015.114.47
DATA DO ACIDENTE: 23/02/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: VALMIR ARAUJO DE OLIVEIRA
ENDEREÇO: RUA JOSE ALVES S FILHO L J G, 00030, CENTRO -
SEURUBIM - PE CEP:55750-000

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO OAB/PE nº 52105
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIÓ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

SURUBIM, 18 DE MARÇO DE 2020


Valmir Araujo de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO DE NOTAS E
REGISTRO DE CASINHAS
MÁRIA MOURA MACHEL
OFICIALA / TABELIÃ INTERNA
RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA,
39. DIOGO. CASINHAS/PE

