



Número: **0000045-38.2020.8.17.2270**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Unica da Comarca de Betânia**

Última distribuição : **23/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72756 235	18/12/2020 12:05	<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, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190423158

Vítima: FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

Data do Acidente: 05/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00295/00296 - carta_03 - INVALIDEZ



00070148

Carta nº 14552631



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/12/2020 12:05:24
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121812052400600000071324400>
Número do documento: 20121812052400600000071324400

Num. 72756235 - Pág. 1



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, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423158

Vítima: FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

Data do Acidente: 05/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00491/00492 - carta_01 - INVALIDEZ



00030246

Carta nº 14553978





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, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190423158 Vítima: FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

Data do Acidente: 05/05/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

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

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

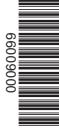
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00197/00198 - carta_04 - INVALIDEZ



00060099

Carta nº 14617078



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/12/2020 12:05:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121812052400600000071324400>
Número do documento: 20121812052400600000071324400

Num. 72756235 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
121.584.644-45 Frankly Henrique Ferreira Santos				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:	121.584.644-45	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Agricultor	91º Altonio Feitosa	2	Jana	
Endereço:	Cidade:	Estado:	CEP:	
Alto Boavista	Betânia	PE	56640-000	
E-mail:	Tel.(DDD): 84-9634-4907			

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 09141 CONTA: 36186 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autentica
Local e Data: Juxx Galhada 13/10/2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura

Assinatura

SEGURADO DPVAT

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO
Frankly Henrique Ferreira Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURÓ DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/12/2020 12:05:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121812052400600000071324400>
Número do documento: 20121812052400600000071324400

Num. 72756235 - Pág. 5



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE CUSTÓDIA

159º CIRCUITO/CUSTÓDIA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 159º CIRCUNSCRIÇÃO - CUSTÓDIA - DP159ºCIRC
DINTER2/19ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0249000652

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/05/2019** às **11:43**

Complementa o BO Número: **19E0249000446**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 5/5/2017 às 20:30

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OSMAR FERRAZ, 1 - Bairro: CENTRO - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CRISTOVÃO JOSE DE MOURA (OUTRO)
FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (VITIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**

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

FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALEXSANDRA FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **24/2/1997** Naturalidade: **BETANIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8300555/SDS/PE (RG) 06569982523 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO**
Endereço Residencial: **TRAVESSA AFITONIO FEITOSA, 2 - CEP: 5 - Bairro: ALTO BOM JESUS - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

CRISTOVÃO JOSE DE MOURA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CRISTOVÃO JOSE DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**



28/05/2019

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Placa: PEJ6014 (PERNAMBUCO/BETÂNIA) Renavam: 460094343 Chassi: 9C2KC1670CR477076
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2012

Complemento / Observação

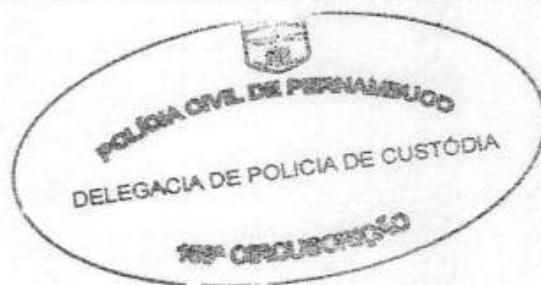
COMPARECEU A ESTA UNIDADE DE POLÍCIA A VÍTIMA EM TELA, NOTICIANDO QUE NA DATA INFORMADA CONDUZIU SUA MOTOCICLETA SENTIDO BETÂNIA AO POCOADO DO REMÉDIO, QUANDO EM UMA CURVA, DEVIDO A VELOCIDADE E OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU AO SOLO. QUE, MATEUS FERRAZ CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO CITADO FOI QUEM LHE PRESTOU SOCORRO. QUE, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES FOI TRANSFERIDO DO HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE BETÂNIA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU.

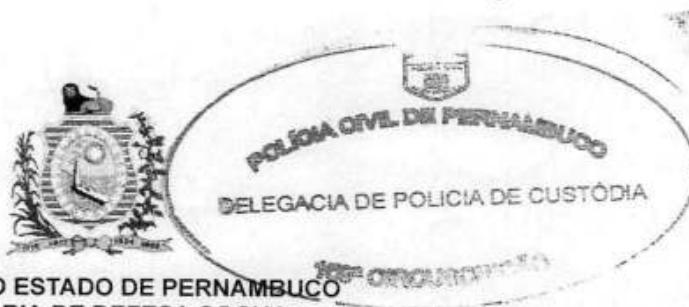
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Frankly Henrique Ferreira Santos

FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: LISARB BEZERRA DO NASCIMENTO - Matrícula: 208254-3





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 159ª CIRCUNSCRIÇÃO - CUSTÓDIA - DP159ªCIRC
DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0249000213

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/02/2019** às **10:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/4/2017** às **20:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OSMAR FERRAZ, 1** - Bairro: **CENTRO - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

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

FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALEXSANDRA FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **24/2/1997** Naturalidade: **BETANIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9300555/SDS/PE (RG) 06569982523 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO**
Endereço Residencial: **TRAVESSA AFITONIO FEITOSA, 2 - CEP: 0 - Bairro: ALTO BOM JESUS - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEL6014** (PERNAMBUCO/BETANIA) Renavam: **460094343** Chassi: **9C2KC1670CR477076**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

Complemento / Observação

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT



COMPARECEU A ESTA UNIDADE DE POLÍCIA A VÍTIMA EM TELA, NOTICIANDO QUE NA DATA INFORMADA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA SENTIDO BETÂNIA AO Povoado do Remédio, quando em UMA CURVA, DEVIDO A VELOCIDADE E OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU AO SOLO. QUE, MATEUS FERRAZ CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO CITADO FOI QUEM LHE PRESTOU SOCORRO. QUE, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES FOI TRANSFERIDO DO HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE BETÂNIA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU.

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

Frankly Henrique Ferreira Santos
FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LISARB BEZERRA DO NASCIMENTO** - Matrícula: **208254-3**



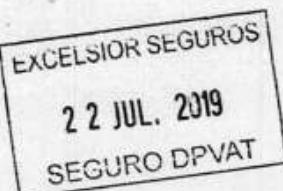
2082

21/02/2019 10:29



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/12/2020 12:05:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121812052400600000071324400>
Número do documento: 20121812052400600000071324400

Num. 72756235 - Pág. 9



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 159ª CIRCUNSCRIÇÃO - CUSTÓDIA - DP159ªCIRC
DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0249000446

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/04/2019** às **10:49**

Complementa o BO Número: **19E0249000213**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/4/2017** às **20:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OSMAR FERRAZ, 1** - Bairro: **CENTRO** -
BETÂNIA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
CRISTOVÃO JOSE DE MOURA (OUTRO)
FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VETCLIO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**

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

FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** / **Mãe**
ALEXSANDRA FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: **24/2/1997** Naturalidade: **BETÂNIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9300555/SDS/PE (RG)** - **06569982523 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO**
Endereço: **Rua General TRAVESSA AFITONIO FEITOSA, 2 - CEP: 0 - Bairro: ALTO BOM JESUS - BETÂNIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

CRISTOVÃO JOSE DE MOURA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CRISTOVAO JOSE DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Nº do PEL: **PEL6014** (PERNAMBUCO/BETÂNIA) Renavam: **480094343** Chassi: **9C2KC1670CR477076**
Ano/Fabricação/Modelo: **2011/2012**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA UNIDADE DE POLÍCIA A VÍTIMA EM TELA, NOTICIANDO QUE NA DATA INFORMADA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA SENTIDO BETÂNIA AO Povoado DO REMÉDIO, QUANDO EM UMA CURVA, DEVIDO A VELOCIDADE E OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU AO SOLO. QUE, MATEUS FERRAZ CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO CITADO FOI QUEM LHE PRESTOU SOCORRO. QUE, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES FOI TRANSFERIDO DO HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE BETÂNIA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EM CARUARU.

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

Frankly Henrique Ferreira Santos
FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS
(VITIMA)

S.O. registrado por: **LISARB BEZERRA DO NASCIMENTO** - Matrícula: **208254-3**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
121.584.644-45 Frankly Henrique Ferreira Santos				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Frankly Henrique Ferreira Santos		CPF: 121.584.644-45	Endereço: Agricultor 9V. Antônio Feitosa	
Profissão: Agricultor	Bairro: VALTO Boavista	Cidade: Betânia	Estado: PE	Número: 2
E-mail:		CEP: 56640-000		Complemento: Javara
Tel.(DDD): 84-9634-21907				

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

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 36186 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Fixxa Galhada 13/10/2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1^a | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2^a | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Frankly Henrique Ferreira Santos

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



GOVERNO MUNICIPAL DE BETÂNIA-PE
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Professor Alcides Ferreira
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Identificação

Data: 05/07/2019	Hora: 08:00	Nº registro
Nome: Francisco Henrique Ferreira	Idade: 20	DN: / /
CNS:	R.G.:	
End.:	Cidade/UF:	
Nome da mãe:	Contato:	
Sinais Vitais e Dados Antropométrico		
PA:	Temperatura:	HT:
FC:	Saturação:	Peso:

Anamnese e Exame Físico

*Se form acidente de
moto e van com geso -
mais e contatos vários*

Hipótese Diagnóstica

politraumatizado

Prescrição Médica

*Nazipan 100 mg
 Soffit + Plastil + Balsapar 100g
 VCN*

Destino do Paciente

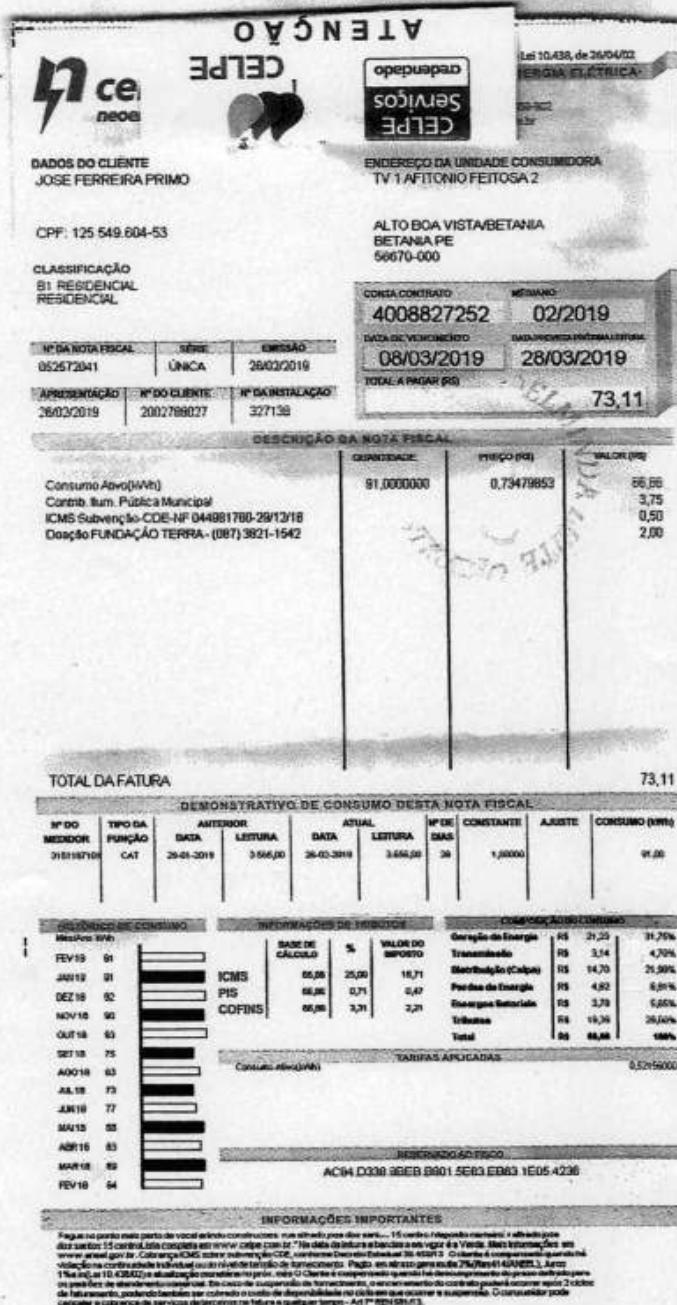
Domicílio () Observação () Internado () Transferido () Evadiu-se () Óbito ()

Ass. Paciente ou Responsável

*Cláudia
LIMA LIMA SOUZA
Médico
CRM 2067*

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT





ATENÇÃO! ACESSO INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS SEM ASSISTÊNCIA

www.anefl.org.br
Av. Presidente Getúlio Vargas, 1000 - Centro
CEP 20030-001 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Fone: (21) 2272-1000 - Fax: (21) 2272-1001
E-mail: anefl@anefl.org.br

Este comunicado NÃO substitui a leitura de estudos, artigos e outras fontes que contêm explicações mais detalhadas e justificativas. Caso o magistrado ou fiscal entendam que seja necessário mais esclarecimento, poderão recorrer a outras fontes, como a internet, para obter mais informações.

encerramento do conflito, quando da transição entre o governo constitucional e o governo definitivo na Art.

19. *Journal of the American Statistical Association*, 1923, 18, 100-102.

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/12/2020 12:05:24
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121812052400600000071324400>
Número do documento: 20121812052400600000071324400

Num. 72756235 - Pág. 14



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

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Sílvia Cavalcante
inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.744/25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Frankly Henrique Ferreira Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.584.644/45,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Frankly Henrique Ferreira Santos,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.584.644 / 45, 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:	<u>Francisco Olavo</u>	Número:	<u>110</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>IPSEP</u>	Cidade:	<u>Feira de Santana</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:					CEP: <u>56912-130</u>
					Tel.(DDD): <u>879634-4907</u>

Local e Data: Feira de Santana 03/10/2019

Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

DLDRL.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Crhistovão José de Moraes,

RG nº 9.050.991, data de expedição 12/04/2013

Órgão SDS- PE, portador do CPF nº 109.426.924-63,

com domicílio na cidade de Betânia, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

PC Bandeirante, nº 78,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Frankly Henrique Ferreira santos, cujo o condutor era

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG 150 FANES Ano: 2011

Placa: PEL 6014 Chassi: 9C2 KC1670 CR 4440 46

Data do Acidente: 05/05/2017

Local e Data: Betânia Paltada 13/03/2019

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO REGISTRAL E NOTARIAL DE BETÂNIA
Titular: DINIZ DE CARVALHO NOGUEIRA FERRAZ
Telefone: (87) 99980-3093

Reconheço por Autenticidade a Firma de CRISTOVÃO JOSÉ DE MOURA, em testemunho da verdade. Betânia-PE. Emol. R\$ 3,59, TSNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40, FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,08. Aldenice Leite de Souza Feitosa Tabelia Substituta
Selos: 0075820.PYK02201901.00603 31/05/2019 14:00:48
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT





GOVERNO MUNICIPAL DE BETÂNIA-PE
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Professor Alcides Ferreira
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Identificação

Data: 15/11/2019	Horas: 08:00	Nº registro	
Nome: Franklin Henrique Ferreira S.		Idade: 20	DN: / /
CNS:		R.G.:	
End.:		Cidade/UF:	
Nome da mãe:			
Sinais Vitais e Dados Antropométrico			
PA:	Temperatura:	HGT:	
FC:	Saturação:	Peso:	

Anamnese e Exame Físico

*Sofreu acidente de
moto com cunha -
maçã e contusões várias*

Hipótese Diagnóstica

Solitramatado

Prescrição Médica

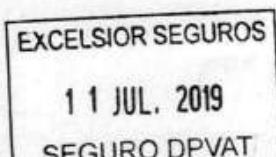
nasaban
500mg + Plasif + Basopan - 01
vit. B

Destino do Paciente

Domicílio ()	Observação ()	Internado ()	Transferido ()	Evadiu-se ()	Óbito ()
---------------	----------------	---------------	-----------------	---------------	-----------

Ass. Paciente ou Responsável

*Cláudia
L. L. M. de Souza
Medico
CRM: 2067*



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Frankly Henrique F. Santos
297792

Prontuário: _____

Data: 07/05/17 Hora: 17:23

DIAGNÓSTICO:

Fratura de zigoma (D)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

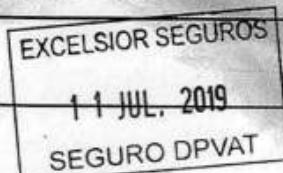
Retornar ao ambulatório do Dr. Marcelo

Falecido, dia 19/05/17, às 06:20 horas

Dr. Marcelo 7h 19/05/17

TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento conservador

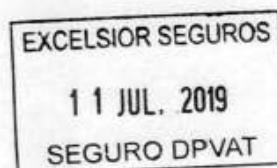
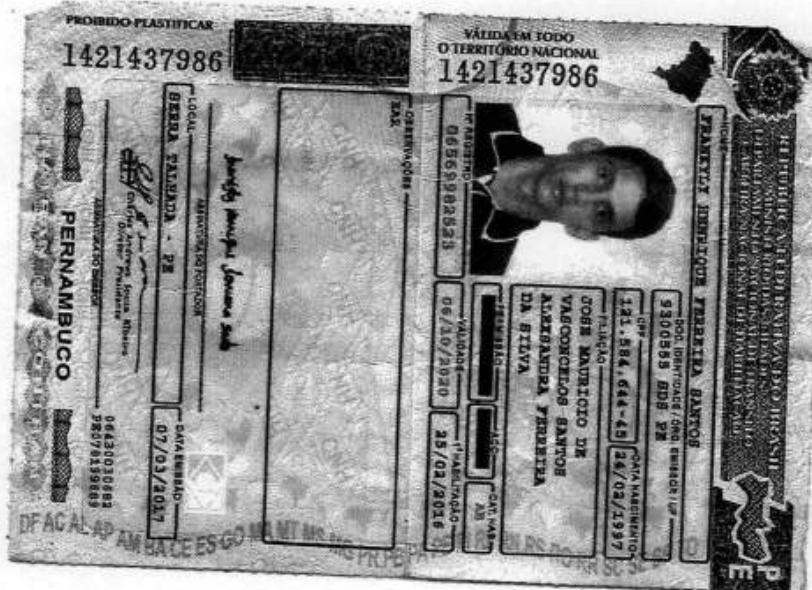


Alta Hospitalar: Data: 12/05/17 Hora: 08:22

Dr. Petrus Fernandes Pessoso
Clínica de Traumatologia
Bucal-Maxilo-Facial

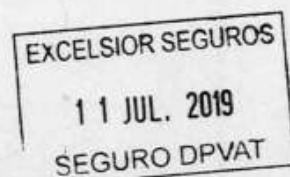
Ass. do Médico e CRM
Carimbo





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/12/2020 12:05:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121812052400600000071324400>
Número do documento: 20121812052400600000071324400

Num. 72756235 - Pág. 20



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190423158 **Cidade:** Betânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA **Data do acidente:** 05/05/2017 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
			Total	0 %
				R\$ 0,00



PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000



FC0928/38

PESO (kg)

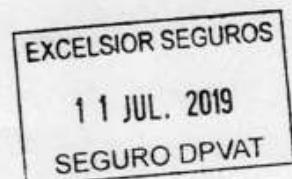
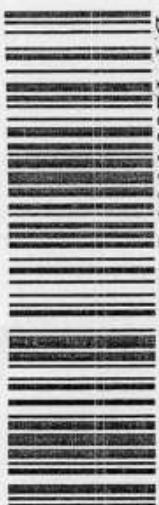
1,487

DY 128300665 BR

SEDEX

AR
 MP

Correios



EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURÓ DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/12/2020 12:05:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121812052400600000071324400>
Número do documento: 20121812052400600000071324400

Num. 72756235 - Pág. 23

DE: ROSANA MENEZES
RUA: JOCA MAGALHÃES
661 A
CENTRO
SERRA TALHADA - PE
CEP:56.903.480

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL. 2019

SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/12/2020 12:05:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121812052400600000071324400>
Número do documento: 20121812052400600000071324400

Num. 72756235 - Pág. 24

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 02 de 07 de 2019

X Franklyly Henrique Ferreira Gontijo

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT



Procuração

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

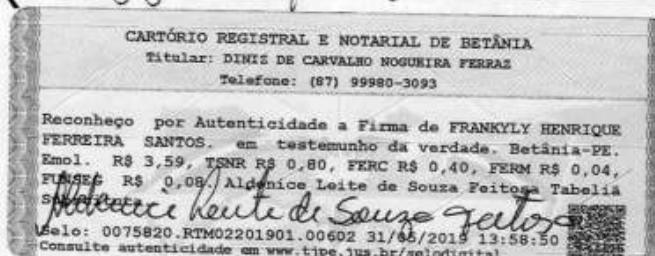
1. Outorgante Franklylly Henrique Ferreira Santos,
portador(a) do documento de identidade nº 93.000.555, expedido por SDS - PE, em
07/03/2017, inscrito no CPF sob o nº 121.584.644-45, residente na
TV 1 Afifonio Feitosa, nº 2,
complemento Vila, Bairro Alto Boa Vista, cidade
Betânia, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante,
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110,
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade
Serra Talhada, 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**.

Serra Talhada 13 de 03 de 2019

Outorgante Franklylly Henrique Ferreira Santos



EXCELSIOR SEGUR
11 JUL. 2019
SEGURO DPVA

Inválido 05/05/2017



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234527/19

Número do Sinistro: 3190423158

Vítima: FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

CPF: 121.584.644-45

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2017

Titular do CPF: FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/07/2019

Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/12/2020 12:05:24
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121812052400600000071324400>
Número do documento: 20121812052400600000071324400

Num. 72756235 - Pág. 27