
Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200065929

Vítima: BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA

Data do Acidente: 23/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 27/04/2019, emitida pelo Dr. RODRIGO PEREZ, CRM nº 22017 - PE, da Instituição HAPVIDA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

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 ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 091.853.864-56 4 - Nome completo da vítima: Bruno Henrique Ananias da Silva

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

5 - Nome completo: BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA 6 - CPF: 091.853.864-56
7 - Profissão: BARBEIRO 8 - Endereço: RUA FRANCISCO LEOPOLDINO 9 - Número: 210 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VARZEA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50980-060
15 - E-mail: brunohenrique.xxt@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (081)98740-5888

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0651 CONTA: 55663 9

(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.

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 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 22/01/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE

Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade

Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

N.º 111/2019

I - LOCAL DO ACIDENTE

AV/RUA: **AV. DRº BELMINO CORREIA**

BAIRRO:

TIMBI

MUNICÍPIO: **CAMARAGIBE**

PONTO DE REF.:

POSTE Nº 00170

DATA: **23/04/2019**

II - HORÁRIO:

10:43 OCORRÊNCIA
11:10 ATENDIMENTO
11:19 LIB. DA VIA
12:40 TÉRM. OCOR.

II - CLASSIFICAÇÃO

☐ SEM VÍTIMAS
☒ COM VÍTIMAS
1 Nº DE FERIDOS
☐ Nº DE MORTOS

IV - NATUREZA

☐ ATROPELAMENTO ☐ PEDESTRE ☐ ANIMAL
☒ ABALROAMENTO ☐ LOGINTUDINAL ☒ TRANSVERSAL
☐ COLISÃO ☐ FRONTAL ☐ TRASEIRA
☐ CHOQUE ☐ OBJETO FIXO ☐ VEÍCULO PARADO
☐ CAPOTAMENTO ☐ TOMBAMENTO ☐ OUTROS

V - CONDIÇÕES / CIRCUNSTÂNCIA

ACID. VERIFICADO COND. VIA CONS. DA VIA COND. TEMPO SEMAFORO SINALIZAÇÃO
☒ LONGO DA VIA ☐ SECA ☒ PERF. ESTADO ☐ BOM ☐ S/DEFEITO ☐ PERF. ESTADO
☐ CRUZAMENTO ☒ MOLHDA ☐ MAL ILUMINADA ☒ CHUVOSO ☐ C/ DEFEITO ☐ NÃO EXISTE
☐ VIADUTO ☐ OLEOSA ☐ MAL CONSERV. ☐ NUBLADO ☐ DESLIGADO ☒ ILEGÍVEL
☐ OUTROS ☐ OUTROS ☐ OUTROS ☒ NÃO EXISTE ☐ INCOMPLETA

VI - CONTROLE DE TRÁFEGO

AGENTE PLACA "PARE" MÃO DE DIREÇÃO DIVISÃO DA VIA
☐ F. DE PEDESTRE ☐ PLACA "DE A PREF." ☐ ÚNICA ☒ FAIXA
☐ F. DE RETENÇÃO ☒ NÃO HÁ PLACAS ☒ DUPLA ☐ CANTEIRO
☒ NÃO EXISTE ☐ SEMÁFORO ☐ INGLESA ☐ OUTROS

VII - IDENTIFICAÇÃO

VIII - CONDIÇÕES DO CONDUTOR

V1 INFRAÇÃO COMETIDA:
CÓDIGO: *****
MARCA/MODELO: **HONDA/NXR 150 BROS** COR: **PRETA** ANO: **2013** PLACA/UF: **PGF 6687**
MUNICÍPIO: **RECIFE** CHASSI: **9C2KD0S40DR100162** RENAVAN: **494058684**
CONDUTOR: **BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA** GRAU DE INST.: **2º** SEXO: **M** IDADE: **28**
R.G./UF: **7.765.565 - SDS/PE** C.P.F.: CNH.PRONT.Nº: **05444659594**
CNH.CEDULA.Nº: **1416715228** UF: **PE** CAT.: **AB** VALIDADE: **16/12/2021** HS. DIREÇÃO: **00:20**
LOGRADOURO: **RUA SÃO GONÇALO - CASA - C** Nº **81** CEP.: *****
BAIRRO: **ALBERTO MAIA** CIDADE: **CAMARAGIBE** UF: **PE**

APARÊNCIA
☒ NORMAL
☐ SOB ESTAFA
☐ ALCOOLIZADO
☐ SOB TÓXICO
COMPORTAMENTO
☒ PERMAN. NO LOCAL
☐ SOCORR. A VÍTIMA
☐ EVADIU-SE
☐ USAVA CAPACETE

PROPRIETÁRIO: **MARISA BARROS DE LIMA** CPF/CNPJ: **106.428.078-17**
LOGRADOURO: ***** Nº ***** CEP.: *****
BAIRRO: ***** CIDADE: **RECIFE** UF: **PE**
ARRENDAMENTO MERCANTIL: ***** CPF/CNPJ: *****
☒ LIBERADO ☐ REMOVIDO LOCAL: *****

TESTE DO BAFÔMETRO
☐ REALIZADO/LOCAL
☐ ENCAM. PARA EXA
☒ NÃO REALIZADO

V2 INFRAÇÃO COMETIDA:
CÓDIGO: *****
MARCA/MODELO: **FIAT/SIENA** COR: **BRANCA** ANO: **2015** PLACA/UF: **PUB 4016**
MUNICÍPIO: **UBERLÂNDIA** CHASSI: **8AP3X72171F6089771** RENAVAN: **1009611086**
CONDUTOR: **FABIO TRIGUEIRO CALLOU DE LUCENA** GRAU DE INST.: **3º** SEXO: **M** IDADE: **43**
R.G./UF: **4.359.704 - SSP/PE** C.P.F.: CNH.PRONT.Nº: **00815220367**
CNH.CEDULA.Nº: **1104143260** UF: **PE** CAT.: **AB** VALIDADE: **07/07/2020** HS. DIREÇÃO: **00:30**
LOGRADOURO: **RUA AVIADOR SEVERINO LINS - APT 203** Nº **394** CEP.: *****
BAIRRO: **BOA VIAGEM** CIDADE: **RECIFE** UF: **PE**

APARÊNCIA
☒ NORMAL
☐ SOB ESTAFA
☐ ALCOOLIZADO
☐ SOB TÓXICO
COMPORTAMENTO
☒ PERMAN. NO LOCAL
☐ SOCORR. A VÍTIMA
☐ EVADIU-SE
☐ USAVA CAPACETE

PROPRIETÁRIO: **CRONOS INDUSTRIA E COMERCIO LTDA** CPF/CNPJ: **31.246.383/0001-06**
LOGRADOURO: ***** Nº ***** CEP.: *****
BAIRRO: ***** CIDADE: **UBERLÂNDIA** UF: **PE**
ARRENDAMENTO MERCANTIL: ***** CPF/CNPJ: *****
☒ LIBERADO ☐ REMOVIDO LOCAL: *****

TESTE DO BAFÔMETRO
☐ REALIZADO/LOCAL
☐ ENCAM. PARA EXA
☒ NÃO REALIZADO

Confere com o original

Divaldo Cesar do Amaral Filho
Sub-Inspetor

06/05/2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade



Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO Nº 111/2019

CATEGORIA	V1	V2	V3	V4	ESPÉCIE	V1	V2	V3	V4	TIPO	V1	V2	V3	V4	TIPO CONTINUA	V1	V2	V3	V4
OFICIAL					PASSEGEIROS	X	X			AUTOMÓVEL		X			CAMINHÃO				
PARTICULAR	X	X			MISTO					CAMINHONETE					ESCOLAR				
ALUGUEL					CARGA					CAMIONETA					MICRO-ÔNIBUS				
REPRESENTAÇÃO					ESPECIAL					TÁXI					MOTOCICLETA	X			
EXPERIÊNCIA					OUTROS					ÔNIBUS					MOTONETA				
															BICICLETA				

MARCAS DE FRENAGEM MEDEM	UNIDADE	V1	V2	V3	V4
RODAS QUE TRAVARAM	METRO(S)	*****	*****	*****	*****
DIST. PERCORRIDA APOS ACID.	QUANTIDADE	*****	*****	*****	*****
VELOC. QUE TRANS. (SEC/COND.)	METRO(S)	*****	*****	*****	*****
VELOC. MAX. PERMIT. P/ LOCAL	Km(S)	*****	*****	*****	*****
	Km(S)	*****	*****	*****	*****

CODIGO	DESCRIÇÃO	V1	V2	V3	V4

XII - VITIMAS

1	NOME: BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA	IDADE: 28	RG/UF: 7765565 - SDS/PE
	END.: RUA SÃO GONÇALO - 81	BAIRRO: ALBERTO MAIA	CIDADE: CAMARAGIBE
	Ocupação:	GRAU DE INSTRUÇÃO: 3º GRAU	
	TIPO DE VEÍCULO:	GRAVIDADE:	
	☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS:
	☐ USAVA CAPACETE	☒ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL	: HAPVIDA ESPINHEIRO

2	NOME: *****	IDADE: *****	RG/UF: *****
	END.: *****	BAIRRO: *****	CIDADE: *****
	Ocupação: *****	GRAU DE INSTRUÇÃO: *****	
	TIPO DE VEÍCULO: *****	GRAVIDADE: *****	
	☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS: *****
	☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL	: *****

3	NOME: *****	IDADE: *****	RG/UF: *****
	END.: *****	BAIRRO: *****	CIDADE: *****
	Ocupação: *****	GRAU DE INSTRUÇÃO: *****	
	TIPO DE VEÍCULO: *****	GRAVIDADE: *****	
	☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS: *****
	☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL	: *****

4	NOME: *****	IDADE: *****	RG/UF: *****
	END.: *****	BAIRRO: *****	CIDADE: *****
	Ocupação: *****	GRAU DE INSTRUÇÃO: *****	
	TIPO DE VEÍCULO: *****	GRAVIDADE: *****	
	☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS: *****
	☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL	: *****

Confere com o original
Divisão Cesar do Amaral Filho
Sub-Inspetor
Mat: 1073
06/05/2019 P/EJS

XII - DIAGRAMA DAS AVARIAS

V1 PGF 6687

AAE	AE	AM	AD	AAAD
LAE				LAAD
LME				LMD
LPE				LPD
APE	PE	PM	PD	APD
TOTAL MARCADOS 02				

V2 PUB 4016

AAE	AE	AM	AD	AAAD
LAE				LAAD
LME				LMD
LPE				LPD
APE	PE	PM	PD	APD
TOTAL MARCADOS 04				

V3

AAE	AE	AM	AD	AAAD
LAE				LAAD
LME				LMD
LPE				LPD
APE	PE	PM	PD	APD
TOTAL MARCADOS				

V4

AAE	AE	AM	AD	AAAD
LAE				LAAD
LME				LMD
LPE				LPD
APE	PE	PM	PD	APD
TOTAL MARCADOS				

NOMECLATURA

A - ÂNGULO
 An - ANTERIOR
 D - DIREITO
 E - ESQUERDO
 L - LATERAL
 M - MÉDIO
 P - POSTERIOR

XIII - CROQUI

LOCAL DESCARACTERIZADO POR TRANSEUNTO

SIMBOLOGIA

- MARCHA A FRENTE
- ANTES DO ACIDENTE
- APÓS O IMPACTO
- OBJETO FIXO
- ANIMAL
- VEÍCULO
- BICICLETA
- PONTO DE IMPACTO
- PEDESTRE
- POSTE
- ÁRVORE
- ESTILHAÇOS
- MARCAS DE FRENAGEM
- MOTOCICLO
- CARROÇA

Divaldo Cesar do Amaral Filho
 Sub-inspector
 Confere com o Original
 06/05/2017

XIV - CONCORDO COM O CROQUI ORA APRESENTADO

V1
 V2
 V3
 V4

XV - CONDUTORES DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE B.O.A.T.

V1
 V2
 V3
 V4



ÓRGÃO MUNICIPAL EXECUTIVO DE TRÂNSITO
GUARDA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
BRIGADA DE TRÂNSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

ANO 2019 ANEXO AO BOAT Nº 111



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

DECLARE ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

(O PREENCHIMENTO ILEGÍVEL SERÁ DE RESPONSABILIDADE DO SIGNATÁRIO)

Confere com o ... Divaldo Cesar do Amaral
Sub-Inspetor

06/05/2019 Mar 1073

O condutor da moto Bruno Henrique Amador da Silva tinha na moto na PÉ OS sentido São Lourenço - cidade. O condutor do carro Fábio que vinha sentido Recife - Lapa magre se encontrando na entrada de Amara Pernambuco, reduziu o carro, o condutor da moto também, mas acredito que o do carro não viu a moto e acabou batendo no motoqueiro que acabou caindo um pouco distante, em média 5m.

O sinal estava aberto p/ os dois, mas a preferência era do motoqueiro. Ele não viu como aconteceu, mas sabe que o condutor do carro não percebeu a presença presumida dele.

AVARIAS:

PASSADOR de MARCHA (empenado)
Guião partido ao meio com RETROVISOR lado esquerdo (ARRANHADO)
LANTERNAS DIREITA quebrada (FRATURA e DIANTEIRA)
ESCAPE ARRANHADO lado direito
Pelo lado esquerdo BASE DO CROMAGEM lado esquerdo quebrada / MACANETA do FREIO quebrada
RETROVISOR esquerdo ARRANHADO
PARALAMA DIANTEIRO ARRANHADO / CAPS DO FAROL ARRANHADO

IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR:

NOME: BRUNO HENRIQUE A. DA SILVA CPF: 091.853.864-36 R.G. Nº/Org. Exp.: 7765565 SDS-PE

FONE: 98739-9206 PLACA PGF6687

DATA 23/04/2019 HORA 10:45 Bruno Henrique A. da Silva
ASSINATURA DO CONDUTOR

OBSERVAÇÃO:

- 01) O CONDUTOR DEVERÁ FIRMAR SUA DECLARAÇÃO DE PRÓPRIO PUNHO, UTILIZANDO LETRAS DE FORMA LEGÍVEL;
- 02) O CONDUTOR SEMPRE QUE POSSÍVEL DEVERÁ ASSINAR O CROQUI E AS AVARIAS DOS RESPECTIVOS VEÍCULOS;
- 03) O NÃO CUMPRIMENTO DOS ITENS ACIMA É DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DOS CONDUTORES.



ÓRGÃO MUNICIPAL EXECUTIVO DE TRÂNSITO
GUARDA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
BRIGADA DE TRÂNSITO
BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

ANO 2019, 111 ANEXO AO BOAT Nº



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

DECLARE ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

(O PREENCHIMENTO ILEGÍVEL SERÁ DE RESPONSABILIDADE DO SIGNATÁRIO)

COMO CONDUTOR DO VEÍCULO SEU NA NA DIREÇÃO CAMARAGIBE - ARSUA, QUANDO NA AVENIDA BELMIR GARCIA AO ENTRAR A ESQUERDA NO CAVALETE, OCORREU COLISÃO COM MOTOCICLETA VINDO NO SENTIDO SÃO LOURENÇO - CAMARAGIBE (CONTRÁRIO).
NA HORA 10:46 HOUVE A COLISÃO ONDE NÃO FOI VISTO A MOTOCICLETA PELA RAPIDEZ DO ACONTECIMENTO. FOI ACIONADO FREIO E POR ISSO A COLISÃO FOI NA NÉTICA DIANTEIRA ESQUERDA.
DECLARO ASSIM QUE POR ACONTECER HOUVE CHAMADO IMEDIATO DO SAMU PARA PRESTAREM SOCORROS, MAS CONDUTORES DE AMBOS VEÍCULOS ESTÃO BEM, SEM CAUSAS MAIORES DE SAÚDE.

AVARIAS:

FAROL quebrado e ARRANCADO (SOLTO)
PARA CHOQUE LADO ESQUERDO quebrado
PARA LUMS LADO ESQUERDO DIANTEIRO (AMISSADO)
CAPO LADO ESQUERDO AMISSADO.
bloco do MOTOR AMISSADO.

Confere com o original

Waldo Cesar do Amaral Filho
Sub-Inspector
Mat. 1073

06/05/2019

IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR:

NOME: FABIO TRIGUEIRO CAVALCANTE DE LUCENA CPF: 619.999.204-63 R.G. Nº/Org Exp.: 4359.704 SSP/PE
FONE: 81982225599 PLACA: PUB4016
DATA: 23/04/2019 HORA: 10/46

ASSINATURA DO CONDUTOR

OBSERVAÇÃO:

- 01) O CONDUTOR DEVERÁ FIRMAR SUA DECLARAÇÃO DE PRÓPRIO PUNHO, UTILIZANDO LETRAS DE FORMA LEGÍVEL;
- 02) O CONDUTOR SEMPRE QUE POSSÍVEL DEVERÁ ASSINAR O CROQUI E AS AVARIAS DOS RESPECTIVOS VEÍCULOS;
- 03) O NÃO CUMPRIMENTO DOS ITENS ACIMA É DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DOS CONDUTORES.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade



Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO N.º 111/2019

XIII - DIAGRAMA DAS AVARIAS

EM ANEXO

XIV - CROQUI

EM ANEXO

XVI - DESCRIÇÃO APARENTES DAS AVARIAS

AVARIAS DESCRITAS NAS DECLARAÇÕES DOS CONDUTORES.

Confere com o original

06/05/2019

Divaldo Cesar do Amaral Filho
Sub-Inspetor
Mat. 1073

OBSERVAÇÕES:

AO CHEGAR NO LOCAL DA OCORRÊNCIA A VÍTIMA ESTAVA AGUARDANDO OS PRIMEIROS ATENDIMENTO DO RESGATE (CBMPE) RECEBENDO OS PRIMEIROS CUIDADOS DA EQUIPE DE MO - 45L, NO COMANDO O CB EDSON SANTOS - MAT. 710198-8. APÓS OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS. A EQUIPE (MO) ACIONOU A VT - AR - 862, SOB O COMANDO O CB GUSTAVO - MAT. 701136-1. ENCAMINHANDO A VÍTIMA PARA O HOSPITAL HAPVIDA DO ESPINHEIRO, O IC, NÃO FOI ACIONADO DEVIDO O LOCAL ESTA DESCARACTERIZADO POR TRANSEUNTES. A MOTOCICLETA DA VÍTIMA FICOU NA RESPONSABILIDADE DE OUTRA PARTE ENVOLVIDA NA OCORRÊNCIA, QUE ESTAVA CONSCIENTE. AGENTES PRESENTES AO LOCAL: INSP. MAURI MARINHO E O SUB INSP. FERNANDO FERREIRA.

XVII - TESTEMUNHAS

1.T - NOME: ***** CPF.N.º: *****
RG.N.º ***** IDADE: ***** OCUPAÇÃO: *****
LOGRADOURO: ***** N.º ***** BAIRRO: *****
CIDADE: ***** CEP: ***** FONE: *****
2.T - NOME: ***** CPF.N.º: *****
RG.N.º ***** IDADE: ***** OCUPAÇÃO: *****
LOGRADOURO: ***** N.º ***** BAIRRO: *****
CIDADE: ***** CEP: ***** FONE: *****

XVIII - NOTIFICAÇÃO

DATA:	MATRÍCULA:	NOME:	ASSINATURA:
23/04/2019	0.0000758	SUB INSP. FERNANDO FERREIRA	CONFORME ORIGINAL

XIX - TRIAGEM

DATA:	MATRÍCULA:	NOME:	ASSINATURA:
06/04/2019	0.0001073	SUB INSP. DIVALDO AMARAL	Divaldo Cesar do Amaral Filho Sub-Inspetor Mat. 1073

XX - DIGITAÇÃO

DATA:	MATRÍCULA:	NOME:	ASSINATURA:
06/04/2019	0.0001073	SUB INSP. DIVALDO AMARAL	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200065929 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA **Data do acidente:** 23/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES (ESCORIAÇÕES).
TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO ESQUERDO (ENTORSE).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 1 - LAUDO MÉDICO DE 27/04/2019 - DR RODRIGO PEREZ CRM 22017.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 091.853.864-56 4 - Nome completo da vítima: Bruno Henrique Ananias da Silva

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

5 - Nome completo: BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA 6 - CPF: 091.853.864-56
7 - Profissão: BARBEIRO 8 - Endereço: RUA FRANCISCO LEOPOLDINO 9 - Número: 210 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VARZEA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50980-060
15 - E-mail: brunohenrique.xxt@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (081)98740-5888

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0651 CONTA: 55663 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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.

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 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 22/01/20

X Bruno Henrique A. da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000565 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA , 28 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 7765565 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 091.853.864-56, residente à RUA FRANCISCO LEOPOLDINO , nº 210, , VARZEA, RECIFE -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 23/04/2019, por volta das 11:12 hs, no endereço: RAMAL DA ARENA, S/N, TIMBI CAMARAGIBE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo SIENA, BRANCO, PUB4015 MG

HONDA NXR 150, PRETA, PGF6687, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA , inscrito sob o CPF nº 091.853.864-56 e Registro Geral ° 7765565, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710036-1 GUSTAVO. Foi transportado(a) para o HAPVIDA. Registrado(a) com o prontuário nº 17893125. Ficou aos cuidados do médico ALEXANDRE SÁVIO A. SOUZA, registro 11711. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 20/06/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000565

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM

AVENIDA CRUZ CABUGÁ, Nº 1033, SANTO AMARO - RECIFE / PE, 50040-050



BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA
RUA FRANCISCO LEOPOLDINO

CASAC

VARZEA

, 210

50980-060

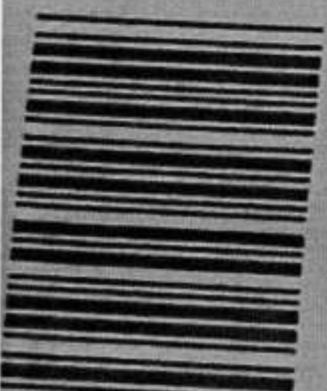
RECIFE

PE

informações no site
detran.pe.gov.br

AR

B0212210106-1
*BL288931052B





Paragetti, Susana P. 12/10/2003
Banco de Valores S.A. 12/10/2003



CTC RECIFE PE PL3
CAMILIA ALMEIDA LOPES TAVARES
RUA ARENAPOLIS 00131
CANDEIAS
54430-332 JABOATAO DOS GU PE



7209036539006260000001429130071019



5552005800

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/BIBLIOTECASWEB/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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Camilla Almeida Lopes Tavares
inscrito (a) no CPF/CNPJ 058.175.224 / 46 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Bruno Henrique Ananias da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.853.864 / 56
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima Bruno Henrique Ananias da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.853.864 / 56, 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 Francisco Leopoldino

Número: 405

Complemento: Beaco C Apt 01

Bairro: Varzea

Cidade: Boa Fe

Estado: PE

CEP: 50980-060

E-mail:

camilla.almeida.lopes.tavares

Tel.(DDD):

Local e Data: Recife - 22 de Janeiro de 2020

Camilla Almeida Lopes Tavares

Assinatura do Declarante

NOME:	BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA
--------------	---------------------------------

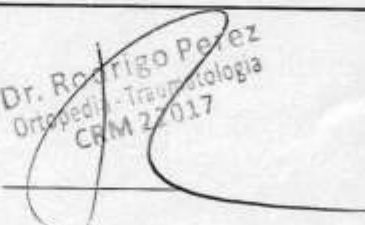
LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR.(A) BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 23/04/2019. O MESMO APRESENTOU ENTORSE COM LESÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO ESQUERDOE MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES. ATESTO QUE O MESMO DEVE SE AFASTAR DAS ATIVIDAS LABORAIS POR TEMPO INDETERMINADO.

CID: S900/S934/S800/S400

Recife, 27 de abril de 2019

Dr. Rodrigo Perez
Ortopedia - Traumatologia
CRM 22017



Hapclínica Recife, Rua do Espinheiro, Nº 119, Espinheiro, Recife-PE,
Fone: (81) 3217.4200



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7765565 SDS PE

CPF
091.853.864-56

DATA NASCIMENTO
07/09/1990

FILIAÇÃO
JOSENILDO PEREIRA DA
SILVA
JOSEFA HELENA ANANIAS

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05444659594

VALIDADE
15/12/2021

1ª HABILITAÇÃO
15/03/2012

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Bruno Henrique Ananias da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
19/12/2016

Charles Andrews Souza Aibeiro

ASSINATURA DO EMISSOR

16066076100
PE076591719

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1416715228

PROIBIDO PLASTIFICAR
1416715228

THOMAS GREG & SONS

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADA

NOME
CAMILA ALMEIDA LOPES TAVARES

RELACIONES
JOSE LOPES TAVARES
FLAVIA MARIA DE ALMEIDA TAVARES

NATURALIDADE
RECIFE-PE

DATA DE NASCIMENTO
03/06/1984

RG
8.904.638 - SDS/PE

CPF
058.175.224-48

ADUTOR DE ESCRITO R. JUIZADO
SIM

DATA DE EXPIRACAO
02/03/2017

MONITOR DO DEL. DURANTE
PROSECUTOR

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10500897

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 6.506/94)

FOTO

ASSINATURA DO TITULAR
Camilla Almeida Lopes Tavares

BARCODE

LOGO OAB

REGRAS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0053705/20

Vítima: BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA

CPF: 091.853.864-56

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 23/04/2019

Titular do CPF: BRUNO HENRIQUE
ANANIAS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES : 058.175.224-46

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

BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA : 091.853.864-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/02/2020
Nome: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES
CPF: 058.175.224-46

CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61



RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Bruno Henrique Ananias da Silva		
Data do Acidente:	23/01/19	CPF da vítima:	
Portador da documentação:			
Qualificação do Portador:	☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	22/01/2020
Identidade:	324620AB1E
Assinatura:	Família Almeida Lopes Torres

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Invalidiz Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para 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

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	24/01/20
Nome:	Or
Assinatura:	Paulo

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/ PE
Avenida Caxangá, 3489 - Iputinga - CEP: 50.670-000 - Fone: (81) 3453-2251

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA
lançada em minha presença, dou fé.
Recife, 30 de dezembro de 2019, 12:10:38.
Em testemunho _____ da Verdade
Willes Melo da Silva (Escrivente Autorizado)
Selo: 0076240.HHP12201904.01630
Emol. R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,90 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,00

www.tjpe.jus.br/portaldigital



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Bruno Henrique Ananias da Silva
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: 7
Identidade: 7765565 SSP/PE CPF: 091.853.864-56
Endereço: Rua Francisco Leopoldino, Nº 230, Várzea-Recife/PE

OUTORGADO:

Nome: Camilla Almeida Lopes Tavares
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Advogada
Identidade: 32262 OAB/PE CPF: 058.175.224-46
Endereço: Rua Francisco Leopoldino, Nº 405, Várzea-Recife-PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Bruno Henrique Ananias da Silva.

Recife, 30.12.2019
Local e data



Bruno Henrique A. da Silva
Bruno Henrique A. da Silva
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0053705/20

Vítima: BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA

CPF: 091.853.864-56

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 23/04/2019

Titular do CPF: BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES : 058.175.224-46

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

BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA : 091.853.864-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/02/2020
Nome: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES
CPF: 058.175.224-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200065929

Vítima: BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA

Data do Acidente: 23/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA

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