



Número: **0039493-49.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES (ADVOGADO)</b>
<b>TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76588 578	09/03/2021 15:52	<a href="#"><u>Microsoft Word - 2775110_MANIFESTACAO_LAUDO</u></a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 33ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

Processo n.º 00394934920208172001

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

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

**POR TANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.**

**Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços**

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 - 09/03/2021 15:52:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030915525488500000075048748>  
Número do documento: 21030915525488500000075048748

Num. 76588578 - Pág. 1

na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 8 de março de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/03/2021 15:52:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030915525488500000075048748>  
Número do documento: 21030915525488500000075048748

Num. 76588578 - Pág. 2



Número: **0039493-49.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>CAMILA ALMEIDA LOPES TAVARES (ADVOGADO)</b>
<b>TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76590 082	09/03/2021 15:52	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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

Pag: 01449/01450 - carta\_31 - INVALIDEZ



00070725

Carta nº 15514932



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/03/2021 15:52:55  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030915525503200000075048752>  
Número do documento: 21030915525503200000075048752

Num. 76590082 - Pág. 1



## 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 Bruno Henrique Ananias da Silva

4 - Nome completo da vítima:

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

bruno.henrique.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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0651

CONTA: 55663

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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)  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 teve filhos?  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)?  Sim  Não31 - 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 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.

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife 22/01/20

\* Bruno Henrique Ananias da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



PREFEITURA DE  
CAMARAGIBE

## 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 N.º 00170

DATA: 23/04/2019

II - HORÁRIO:	III - CLASSIFICAÇÃO	IV - NATUREZA		
10:43 OCORRÊNCIA	<input type="checkbox"/> SEM VÍTIMAS	<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> PEDESTRE	<input type="checkbox"/> ANIMAL
11:10 ATENDIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> COM VÍTIMAS	<input checked="" type="checkbox"/> ABALROAMENTO	<input type="checkbox"/> LOGINTUDINAL	<input checked="" type="checkbox"/> TRANSVERSAL
11:19 LIB. DA VIA	<input type="checkbox"/> 1º N.º DE FERIDOS	<input type="checkbox"/> COLISÃO	<input type="checkbox"/> FRONTAL	<input type="checkbox"/> TRASEIRA
12:40 TÉRM. OCOR.	<input type="checkbox"/> N.º DE MORTOS	<input type="checkbox"/> CHOQUE	<input type="checkbox"/> OBJETO FIXO	<input type="checkbox"/> VEÍCULO PARADO
		<input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO	<input type="checkbox"/> TOMBAMENTO	<input type="checkbox"/> OUTROS

## V - CONDIÇÕES / CIRCUNSTÂNCIA

ACID. VERIFICADO	COND. VIA	CONS. DA VIA	COND. TEMPO	SEMAFORO	SINALIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> LONGO DA VIA	<input type="checkbox"/> SECA	<input checked="" type="checkbox"/> PERF. ESTADO	<input type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> S/DEFEITO	<input type="checkbox"/> PERF. ESTADO
<input type="checkbox"/> CRUZAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> MOLHADA	<input type="checkbox"/> MAL ILUMINADA	<input checked="" type="checkbox"/> CHUVOSO	<input type="checkbox"/> C/ DEFEITO	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE
<input type="checkbox"/> VIADUTO	<input type="checkbox"/> OLEOSA	<input type="checkbox"/> MAL CONSERV.	<input type="checkbox"/> NUBLADO	<input type="checkbox"/> DESLIGADO	<input checked="" type="checkbox"/> ILEGÍVEL
<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> OUTROS		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO EXISTE	<input type="checkbox"/> INCOMPLETA

## VI - CONTROLE DE TRÁFEGO

AGENTE	PLACA "PARE"	MÃO DE DIREÇÃO	DIVISÃO DA VIA
<input type="checkbox"/> F. DE PEDESTRE	<input type="checkbox"/> PLACA "DE A PREF."	<input type="checkbox"/> UNICA	<input checked="" type="checkbox"/> FAIXA
<input type="checkbox"/> F. DE RETENÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO HÁ PLACAS	<input checked="" type="checkbox"/> DUPLA	<input type="checkbox"/> CANTEIRO
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO EXISTE	<input type="checkbox"/> SEMÁFORO	<input type="checkbox"/> INGLESA	<input type="checkbox"/> OUTROS

## VII - IDENTIFICAÇÃO

VEÍCULO	V1	INFRAÇÃO cometida: CÓDIGO: *****	APARIÊNCIA			
	MARCA/MODELO: HONDA/NXR 150 BROS	COR: PRETA		ANO: 2013	PLACA/UF: PGF 6687	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL
MUNICÍPIO: RECIFE	CHASSI: 9C2KD0S40DR100162	GRAU DE INST.: 2º	SEXO: M	RENAVAN: 494058684	<input type="checkbox"/> SOB ESTAFA	
CONDUTOR: BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA					<input type="checkbox"/> ALCOOLIZADO	
R.G./UF: 7.765.565 - SDS/PE	C.P.F.: CNH.CEDULA.Nº: 1416715228	UF: PE	CAT: AB	VALIDADE: 16/12/2021	HS. DIREÇÃO: 00:20	<input type="checkbox"/> SOB TÓXICO
LOGRADOURO: RUA SÃO GONÇALO - CASA - C				Nº 81	CEP.: *****	<input checked="" type="checkbox"/> PERMAN. NO LOCAL
BAIRRO: ALBERTO MAIA	CIDADE: CAMARAGIBE	UF: PE				<input type="checkbox"/> SOCORR. A VÍTIMA
PROPRIETÁRIO: MARISA BARROS DE LIMA		CPF/CNPJ: 106.428.078-17				<input type="checkbox"/> EVADIU-SE
LOGRADOURO: *****	CIDADE: RECIFE	Nº *****	CEP.: *****	UF: PE		<input type="checkbox"/> USAVA CAPACETE
BAIRRO: *****						<input type="checkbox"/> TESTE DO BAFÔMETRO
ARRENDAMENTO MERCANTIL		CPF/CNPJ: *****				<input type="checkbox"/> REALIZADO/LOCAL
<input checked="" type="checkbox"/> LIBERADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	LOCAL: *****				<input type="checkbox"/> ENCAM. PARA EXA
<input type="checkbox"/> CONDUTOR	V2	INFRAÇÃO cometida: CÓDIGO: *****	APARIÊNCIA			
MARCA/MODELO: FIAT/SIENA	COR: BRANCA	ANO: 2015	PLACA/UF: PUB 4016	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL		
MUNICÍPIO: UBERLÂNDIA	CHASSI: 8AP3X72171F6089771	GRAU DE INST.: 3º	SEXO: M	RENAVAN: 1009611086	<input type="checkbox"/> SOB ESTAFA	
CONDUTOR: FABIO TRIGUEIRO CALLOU DE LUCENA					<input type="checkbox"/> ALCOOLIZADO	
R.G./UF: 4.359.704 - SSP/PE	C.P.F.: CNH.CEDULA.Nº: 1104143260	UF: PE	CAT: AB	VALIDADE: 07/07/2020	HS. DIREÇÃO: 00:30	<input type="checkbox"/> SOB TÓXICO
LOGRADOURO: RUA AVIADOR SEVERINO LINS - APT 203				Nº 394	CEP.: *****	<input checked="" type="checkbox"/> PERMAN. NO LOCAL
BAIRRO: BOA VIAGEM	CIDADE: RECIFE	UF: PE				<input type="checkbox"/> SOCORR. A VÍTIMA
PROPRIETÁRIO: CRONOS INDUSTRIA E COMERCIO LTDA		CPF/CNPJ: 31.246.383/0001-06				<input type="checkbox"/> EVADIU-SE
LOGRADOURO: *****	CIDADE: UBERLÂNDIA	Nº *****	CEP.: *****	UF: PE		<input type="checkbox"/> USAVA CAPACETE
BAIRRO: *****						<input type="checkbox"/> TESTE DO BAFÔMETRO
ARRENDAMENTO MERCANTIL		CPF/CNPJ: *****				<input type="checkbox"/> REALIZADO/LOCAL
<input checked="" type="checkbox"/> LIBERADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	LOCAL: *****				<input type="checkbox"/> ENCAM. PARA EXA
<input type="checkbox"/> PROPRIETÁRIO						<input checked="" type="checkbox"/> NÃO REALIZADO

Confere com o original  
 Divaldo Cesar do Amaral Filho  
 Sub-Inspector  
 06/05/2019

408/05/2019 10:14 Plan1

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE - SESCIMOB/Divisão de Trânsito - DTr.





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.º 111/2019



CATEGORIA	V1	V2	V3	V4	ESPÉCIE	V1	V2	V3	V4	TIPO	V1	V2	V3	V4	TIPO CONTINUA	V1	V2	V3	V4
OFICIAL					PASSAGEIROS	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 FRENAZEM MEDEM RODAS QUE TRAVARAM DIST. PERCORRIDA APOS ACID. VELOC. QUE TRANS. (SEC/COND.) VELOC. MAX. PERMIT. P/ LOCAL	UNIDADE	V1	V2	V3	V4
	METRO(S)	*****	*****	*****	*****
	QUANTIDADE	*****	*****	*****	*****
	METRO(S)	*****	*****	*****	*****
	Km(S)	*****	*****	*****	*****
	Km(S)	*****	*****	*****	*****

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	V1	V2	V3	V4

XII - VITIMAS

<b>1</b> 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: *****	
<input type="checkbox"/> USAVA CINTO	<input type="checkbox"/> ATRAVESSAVA NA FAIXA	<input type="checkbox"/> OUTROS: *****
<input type="checkbox"/> USAVA CAPACETE	<input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : HAPVIDA ESPINHEIRO	
<b>2</b> NOME: *****	IDADE: *****	RG/UF: *****
END.: *****	BAIRRO: *****	CIDADE: *****
OCUPAÇÃO: *****	GRAU DE INSTRUÇÃO: *****	
TIPO DE VEÍCULO: *****	GRAVIDADE: *****	
<input type="checkbox"/> USAVA CINTO	<input type="checkbox"/> ATRAVESSAVA NA FAIXA	<input type="checkbox"/> OUTROS: *****
<input type="checkbox"/> USAVA CAPACETE	ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : *****	
<b>3</b> NOME: *****	IDADE: *****	RG/UF: *****
END.: *****	BAIRRO: *****	CIDADE: *****
OCUPAÇÃO: *****	GRAU DE INSTRUÇÃO: *****	
TIPO DE VEÍCULO: *****	GRAVIDADE: *****	
<input type="checkbox"/> USAVA CINTO	<input type="checkbox"/> ATRAVESSAVA NA FAIXA	<input type="checkbox"/> OUTROS: *****
<input type="checkbox"/> USAVA CAPACETE	ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : *****	
<b>4</b> NOME: *****	IDADE: *****	RG/UF: *****
END.: *****	BAIRRO: *****	CIDADE: *****
OCUPAÇÃO: *****	GRAU DE INSTRUÇÃO: *****	
TIPO DE VEÍCULO: *****	GRAVIDADE: *****	
<input type="checkbox"/> USAVA CINTO	<input type="checkbox"/> ATRAVESSAVA NA FAIXA	<input type="checkbox"/> OUTROS: *****
<input type="checkbox"/> USAVA CAPACETE	ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : *****	

Confere com o original

Divaldo Cesar do Amaral Filho  
Sub-Inspector  
Matr. 1073

06 / 05 / 2019  
P/RC

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE - SESCIMO Diretoria de Trânsito - DTr.

1108/05/2019 10:18 Plan2



XII - DIAGRAMA DAS AVARIAS

V1 PGF 6687

APE	PE	PM	PD	APD
LAnE				LAnD
LLeE				LLeD
LPeE				LPeD
TOTAL MARCADOS	0+			

V2 PUB 4016

APE	PE	PM	PD	APD
LAnE				LAnD
LLeE				LLeD
LPeE				LPeD
TOTAL MARCADOS	0+			

V3

AAnE	AnE	AnM	AnD	AAAnD
LAnE				LAnD
LLeE				LLeD
LPeE				LPeD
TOTAL MARCADOS	0+			

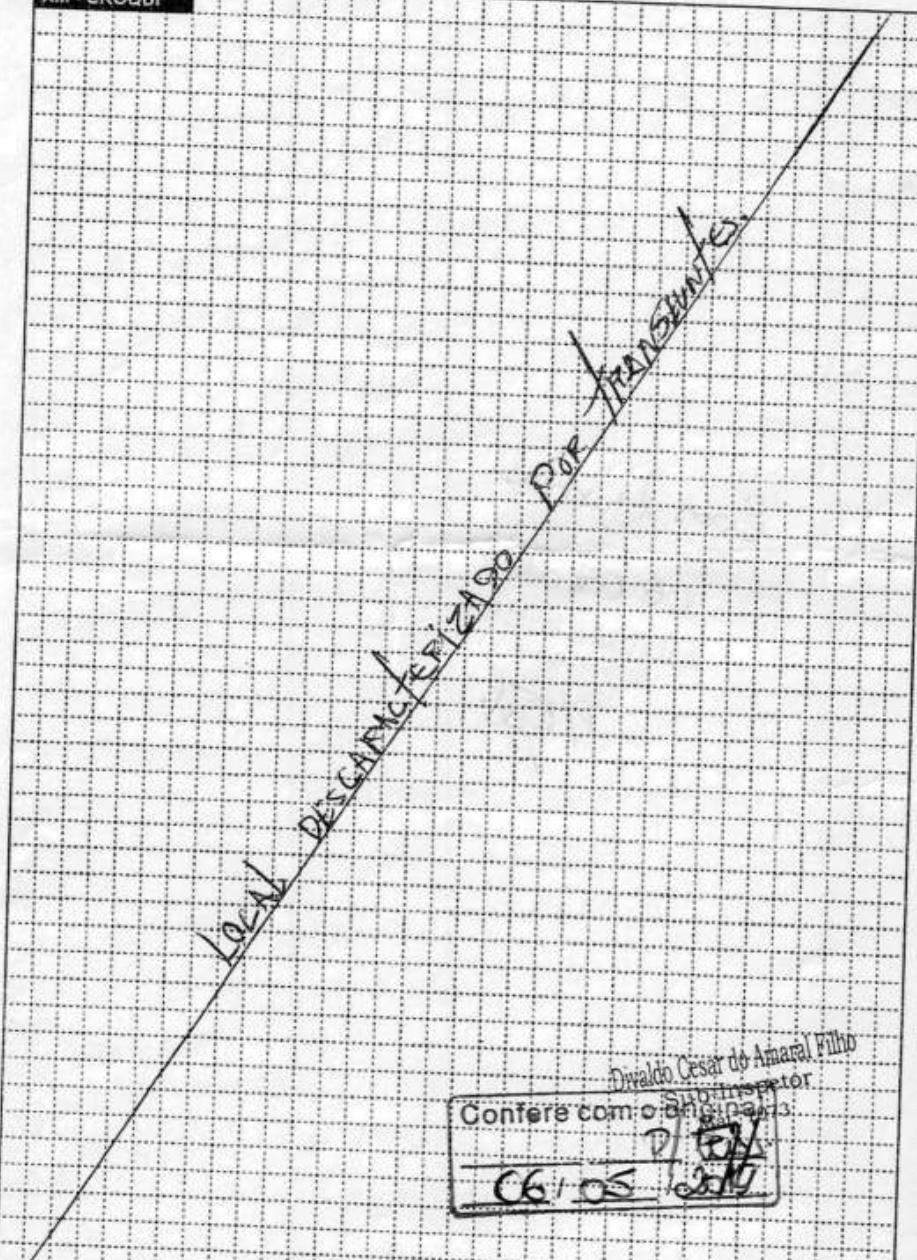
V4

AAnE	AnE	AnM	AnD	AAAnD
LAnE				LAnD
LLeE				LLeD
LPeE				LPeD
TOTAL MARCADOS	0+			

NOMECLATURA

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

XIII - CROQUI



SÍMBOLOGIA

- |     |                    |
|-----|--------------------|
| ←   | MARCHA A FRENTE    |
| ←   | ANTES DO ACIDENTE  |
| —   | APÓS O IMPACTO     |
| ☒   | OBJETO FIXO        |
| ▲   | ANIMAL             |
| □   | VEÍCULO            |
| ○   | BICICLETA          |
| *   | PONTO DE IMPACTO   |
| ●   | PEDESTRE           |
| ○   | POSTE              |
| ○   | ÁRVORE             |
| ●●● | ESTILHAÇOS         |
| ==  | MARCAS DE FRENAÇÃO |
| △   | MOTOCICLO          |
| ■   | CARROÇA            |

XIV - CONCORDO COM O CROQUI ORA APRESENTADO.

V1

V2

V3

V4

V1 V2 V3 V4

XV. CONDUTORES DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE BOLETIM





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

ANO ANEXO AO BOAT N°  
2019 1 111



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

DECLARE ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

(O PREENCHIMENTO ILEGÍVEL SERÁ DE RESPONSABILIDADE DO SIGNATÁRIO)

Confere com o b...

Divaldo Cesar do Amaral

Sub-Inspector

06/05/2019

Maio 2019

PRESS

O condutor da moto Bruno Henrique Amorim da Silva vinha na moto na PE-05 sentido São Lourenço - Cidade. O condutor do carro Fábio que vinha sentido Rio Grande, maybe na entrando na estrada de Areia Perneirinho, reduziu o carro, o condutor da moto também, mas acredito que o do carro não viu a moto e acionou batendo no motociclo que acabou caindo um pouco distante, em média 3m.

O sinal estava aberto para os dois, mas a preferência era do motociclo. Ele não via como acidente, mas sabe que o condutor do carro não percebeu a preferência prioritária dele.

AVARIAS:

Passador de marcha (empurrido)

Guidão partida ao meio com retrovisor (lado esquerdo) arrancado.

Lanterna dianteira quebrou (frescos e dianteiro)

Escape ARRANHADO lado direito

Bloco lado esquerdo descolado / parafuso M lado esquerdo quebrou / magnetó do freio quebrou / retrovisor esquerdo arranhado.

Parafuso dianteiro arranhado / parafuso do farol arranhado.

IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR:

NOME: BRUNO HENRIQUE A. DA SILVA CPF: 091.853.864-56 R.G. Nº Órg. Exp.: 7705565 SDS-PE

FONE: 98739-9206 PLACA PGF 6687

DATA: 23/04/2019

HORA: 10:45

Bruno Henrique A. da Silva

ASSINATURA DO CONDUTOR

OBSERVAÇÃO:

- O CONDUTOR DEVERÁ FIRMAR SUA DECLARAÇÃO DE PRÓPRIO PUNHO, UTILIZANDO LETRAS DE FORMA LEGÍVEL;
- O CONDUTOR SEMPRE QUE POSSÍVEL DEVERÁ ASSINAR O CROQUI E AS AVARIAS DOS RESPECTIVOS VEÍCULOS;
- 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 ANEXO AO BOAT N°  
2019 / 111



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

DECLARE ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

O PREENCHIMENTO ILEGÍVEL SERÁ DE RESPONSABILIDADE DO SIGNATÁRIO

Como condutor do veículo Siena na direção CAMARAGIBE - AREIA, quando na AVENIDA BELMIRO CARNEIRO ao entrar a esquerda no canteiro, ocorreu colisão com motocicleta vindas no sentido São Lourenço - CAMARAGIBE (contrário). Na hora 10:46 houve a colisão onde não foi visto a motocicleta pela rapidez do acidente. Foi acionado freio e por isso a colisão foi na altura da porta esquerda. Declaro assim que por acidente houve chamado imediato do SAMU para prestar socorros, mas condutores de ambos veículos estavam bem, sem causas maiores de saúde.

Avarias:

FAROL quebrou e arrancado (soltos)  
PARA choque lado esquerdo quebrou  
PARA LAVA lado esquerdo dianteiro (AMASSADO)  
CÔPO lado esquerdo AMASSADO.  
bloco do MOTOR AMASSADO.

Confere com o original  
Sub-Inspector

Antônio Cesar do Amaral Filho

Mat. 1073

06/05/2019 / 111

IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR:

NOME: Fábio Henrique Calou de Lucena CPF: 619.917.284-63 R.G. Nº/Org. Exp.: 6359704552/PE

FONE: 81982225599 PLACA: P U B 4 0 1 6

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 APARENTE DAS AVARIAS

**AVARIAS DESCritas nas DECLARAçõEs DOS CONDUTORES.**

Confere com o original

Divaldo Cesar do Amaral Filho  
Sub-Inspeçor  
Mat. 1073

06/05/2019

D/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-Inspeçor Mat. 1073

XX - DIGITAÇÃO

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



## 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 Bruno Henrique Ananias da Silva

4 - Nome completo da vítima:

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

bruno.henrique.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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0651

CONTA: 55663

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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)  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 teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasceu(nascerá)?

 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 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.

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)

40 - Local e Data,

Recife 22/01/20

\* Bruno Henrique Ananias da Silva

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

**C E R T I D Ã O**

**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 nº 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/03/2021 15:52:55  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030915525503200000075048752>  
Número do documento: 21030915525503200000075048752

Num. 76590082 - Pág. 11



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM

AVENIDA CRUZ CABUGÁ, N° 1033, SANTO AMARO - RECIFE / PE, 50040-050

BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA

RUA FRANCISCO LEOPOLDINO

CASA C

50980-060

VARZEA

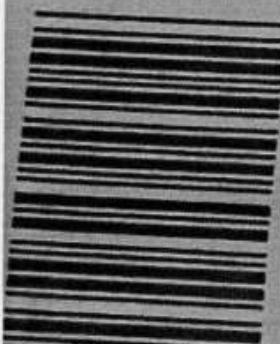
RECIFE

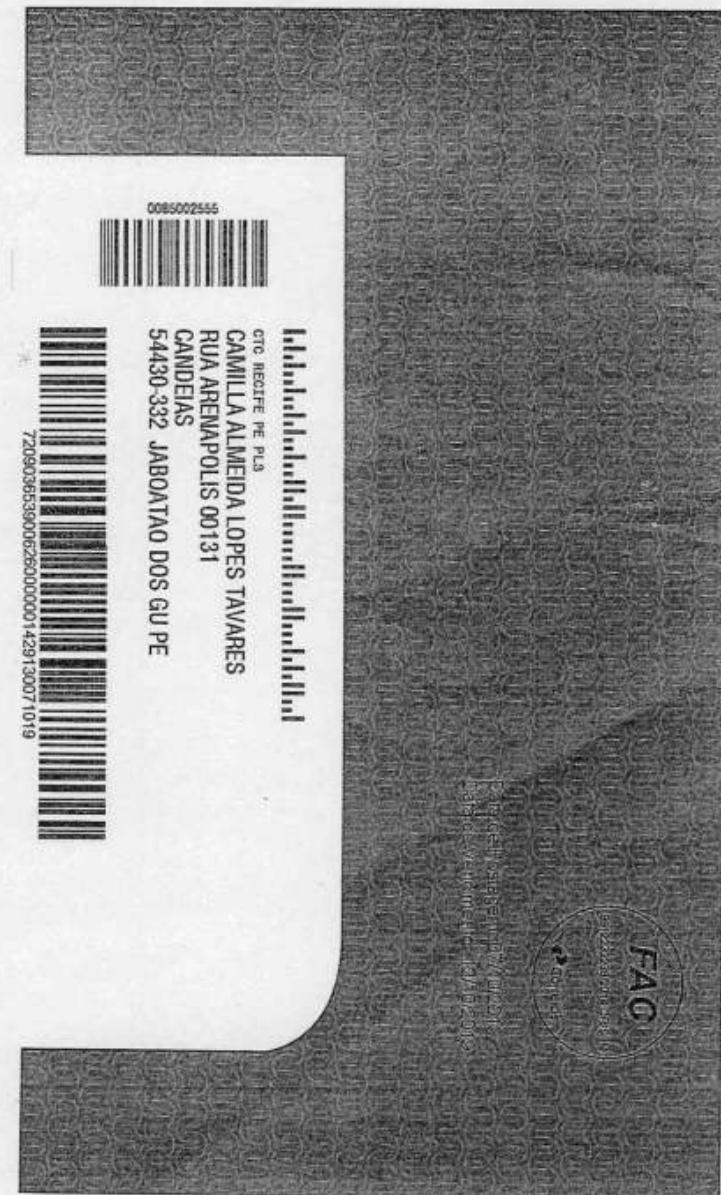
PE

B0212210106-1  
\*BL288931052B

Informações no site  
detran.pe.gov.br

AR







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUERO. <sup>2</sup> 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 Camilla Almeida Lopes Tavares  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 058.175.224 / 46, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Bruno Henrique Amâncio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.853.864 / 56,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente Vítima Bruno Henrique Amâncio 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Rua Francisco Leopoldino	Número:	405	Complemento:	Secao C Andar
Bairro:	Varzea	Cidade:	João Pessoa	Estado:	PE
E-mail:	camillalmeida.lopes.tavares@gmail.com	CEP:	50980 060	Tel.(DDD):	

Local e Data: Recife - 22 de Junho de 2022

Camilla Almeida Lopes Tavares  
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/03/2021 15:52:55  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030915525503200000075048752>  
Número do documento: 21030915525503200000075048752

Num. 76590082 - Pág. 14



**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 MOTOCICLÍSTICO NO DIA 23/04/2019. O MESMO APRESENTOU ENTORSE COM LESÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO ESQUERDO E MÚLTIPLES ESCORIAÇÕES EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES. ATESTO QUE O MESMO DEVE SE AFASTAR DAS ATIVIDADES LABORAIS POR TEMPO INDETERMINADO.

CID: S900/S934/S800/S400

Recife, 27 de abril de 2019

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Dr. Rodrigo Perez" and "CRM 22017".

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/03/2021 15:52:55  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030915525503200000075048752>  
Número do documento: 21030915525503200000075048752

Num. 76590082 - Pág. 15



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

NOME

BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. 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

*longe de casa*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

19/12/2016

Charles Andrews Souza Ribeiro  
Diretor Presidente

16066076100  
PE076591719

ASSINATURA DO EMISSOR

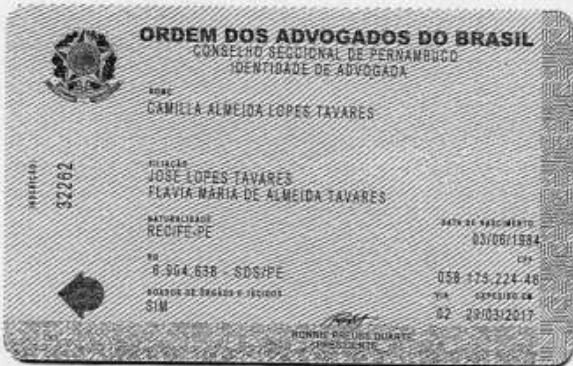
PROIBIDO PLASTIFICAR

1416715228



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/03/2021 15:52:55  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030915525503200000075048752>  
Número do documento: 21030915525503200000075048752

Num. 76590082 - Pág. 16



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/03/2021 15:52:55  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030915525503200000075048752>  
Número do documento: 21030915525503200000075048752

Num. 76590082 - Pág. 17

## 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

### 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](http://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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/03/2021 15:52:55  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030915525503200000075048752>  
Número do documento: 21030915525503200000075048752

Num. 76590082 - Pág. 18



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **Bruno Henrique Ananias da Silveira**  
Data do Acidente: **23/10/19** CPF da vítima:

Portador da documentação:

Qualificação do Portador:  Vítima  Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:

Endereço do portador:

Número:  
Complemento:

UF: **CEP:** **Telefone: ( )**

Bairro:

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 - 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. (pai ou tutor)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

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

### VALORES DE INDENIZAÇÕES:

- 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](http://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

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

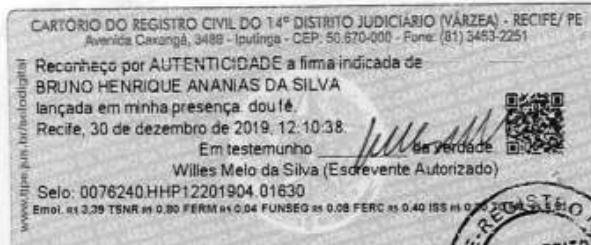
### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: **22/10/2020**

Identidade: **32.662.043-12**

Assinatura: **Camilla Henrique Lopes Tavares**





## PROCURAÇÃO PARTICULAR



### OUTORANTE:

Nome: Bruno Henrique Ananias da Silva  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Jurista  
Identidade: 7 765 565 SDS/P CPF: 091 853 864 - 56  
Endereço: Rua Francisco Leopoldino, nº 210, Várzea - Recife/PE

### OUTORGADO:

Nome: Camilla Almeida Lopes Tavares  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
Profissão: Advogada  
Identidade: 32262 OAB/P CPF: 058.175.824-46  
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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/04/2019

**Titular do CPF:** BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### CAMILLA ALMEIDA LOPEZ 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](http://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 LOPEZ 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 LOPEZ TAVARES

RAIANNE SILVA BARBOSA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, 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 1550755

Pag. 00787/00788 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020394



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/03/2021 15:52:55  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030915525503200000075048752>  
Número do documento: 21030915525503200000075048752

Num. 76590082 - Pág. 22