



09/03/2021

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	
BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA (AUTOR)		CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76588578	09/03/2021 15:52	<a href="#">Microsoft Word - 2775110_MANIFESTACAO_LAUDO</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 inexistente 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.

**PORTANTO, 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 SUPOSTO 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



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**





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	
BRUNO HENRIQUE ANANIAS DA SILVA (AUTOR)		CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76590082	09/03/2021 15:52	<a href="#">ANEXO 1</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





## 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0651

CONTA:

55663

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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 (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife 22/09/20  
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)

FPS.001 V002/2019





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

N.º 111/2019

I - LOCAL DO ACIDENTE

AV/RUA:	AV. DR.º BELMINO CORREIA	BAIRRO:	TIMBI
MUNICÍPIO:	CAMARAGIBE	PONTO DE REF.:	POSTE Nº 00170
		DATA:	23/04/2019
<b>II - HORÁRIO:</b>		<b>II - CLASSIFICAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> 10:43 OCORRÊNCIA		<input type="checkbox"/> SEM VÍTIMAS	
<input type="checkbox"/> 11:10 ATENDIMENTO		<input checked="" type="checkbox"/> COM VÍTIMAS	
<input type="checkbox"/> 11:19 LIB. DA VIA		<input type="checkbox"/> 1 Nº DE FERIDOS	
<input type="checkbox"/> 12:40 TÉRM. OCOR.		<input type="checkbox"/> Nº DE MORTOS	
<b>IV - NATUREZA</b>			
<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> ANIMAL			
<input checked="" type="checkbox"/> ABALROAMENTO <input type="checkbox"/> LOGINTUDINAL <input checked="" type="checkbox"/> TRANSVERSAL			
<input type="checkbox"/> COLISÃO <input type="checkbox"/> FRONTAL <input type="checkbox"/> TRASEIRA			
<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			
<b>V - CONDIÇÕES / CIRCUNSTÂNCIA</b>			
<b>ACID. VERIFICADO</b>		<b>COND. VIA</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> LONGO DA VIA		<input type="checkbox"/> SECA	
<input type="checkbox"/> CRUZAMENTO		<input checked="" type="checkbox"/> MOLHDA	
<input type="checkbox"/> VIADUTO		<input type="checkbox"/> OLEOSA	
<input type="checkbox"/> OUTROS		<input type="checkbox"/> OUTROS	
<b>CONS. DA VIA</b>		<b>COND. TEMPO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> PERF. ESTADO		<input type="checkbox"/> BOM	
<input type="checkbox"/> MAL ILUMINADA		<input checked="" type="checkbox"/> CHUVOSO	
<input type="checkbox"/> MAL CONSERV.		<input type="checkbox"/> NUBLADO	
<input type="checkbox"/> OUTROS		<input type="checkbox"/> OUTROS	
<b>SEMAFORO</b>		<b>SINALIZAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> S/DEFEITO		<input type="checkbox"/> PERF. ESTADO	
<input type="checkbox"/> C/ DEFEITO		<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE	
<input type="checkbox"/> DESLIGADO		<input checked="" type="checkbox"/> ILEGÍVEL	
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO EXISTE		<input type="checkbox"/> INCOMPLETA	
<b>VI - CONTROLE DE TRÁFEGO</b>			
<input type="checkbox"/> AGENTE		<input type="checkbox"/> PLACA "PARE"	
<input type="checkbox"/> F. DE PEDESTRE		<input type="checkbox"/> PLACA "DE A PREF."	
<input type="checkbox"/> F. DE RETENÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO HÁ PLACAS	
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO EXISTE		<input type="checkbox"/> SEMÁFORO	
<b>MÃO DE DIREÇÃO</b>		<b>DIVISÃO DA VIA</b>	
<input type="checkbox"/> ÚNICA		<input checked="" type="checkbox"/> FAIXA	
<input checked="" type="checkbox"/> DUPLA		<input type="checkbox"/> CANTEIRO	
<input type="checkbox"/> INGLESA		<input type="checkbox"/> OUTROS	
<b>VII - IDENTIFICAÇÃO</b>			
<b>V1 - INFRAÇÃO COMETIDA:</b>			
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			
PROPRIETÁRIO: MARISA BARROS DE LIMA CPF/CNPJ: 106.428.078-17			
LOGRADOURO: ***** Nº ***** CEP.: *****			
BAIRRO: ***** CIDADE: RECIFE UF: PE			
ARRENDAMENTO MERCANTIL: ***** CPF/CNPJ: *****			
<input checked="" type="checkbox"/> LIBERADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO LOCAL: *****			
<b>V2 - INFRAÇÃO COMETIDA:</b>			
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			
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: *****			
<input checked="" type="checkbox"/> LIBERADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO LOCAL: *****			
<b>APARÊNCIA</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL			
<input type="checkbox"/> SOB ESTAFA			
<input type="checkbox"/> ALCOOLIZADO			
<input type="checkbox"/> SOB TÓXICO			
<b>COMPORTAMENTO</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> PERMAN. NO LOCAL			
<input type="checkbox"/> SOCORR. A VÍTIMA			
<input type="checkbox"/> EVADIU-SE			
<input type="checkbox"/> USAVA CAPACETE			
<b>TESTE DO BAFÔMETRO</b>			
<input type="checkbox"/> REALIZADO/LOCAL			
<input type="checkbox"/> ENCAM. PARA EXA			
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO REALIZADO			

Confere com o original

Divaldo Cesar do Amaral Filho  
Sub-Inspetor

06/05/2019

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE - SESCIMOBDiretoria de Trânsito - DTR.

408/05/201910:14Plan1







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



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)	*****	*****	*****	*****

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 de Análise e Controle de Estatísticas  
Sub-Inspetor  
Mat. 1073  
06/05/2019 P/ RJS





## XII - DIAGRAMA DAS AVARIAS

V1 PGF 6687

AAE	AE	AM	AD	AAAD
LAE	LE	LM	LD	LAAD
LME	ME	MD	LMAD	
LPE	PE	PD	LPD	
APE	PE	PM	PD	APD
TOTAL MARCADOS 0+				

V2 PUB 4016

AAE	AE	AM	AD	AAAD
LAE	LE	LM	LD	LAAD
LME	ME	MD	LMAD	
LPE	PE	PD	LPD	
APE	PE	PM	PD	APD
TOTAL MARCADOS 04				

V3

AAE	AE	AM	AD	AAAD
LAE	LE	LM	LD	LAAD
LME	ME	MD	LMAD	
LPE	PE	PD	LPD	
APE	PE	PM	PD	APD
TOTAL MARCADOS				

V4

AAE	AE	AM	AD	AAAD
LAE	LE	LM	LD	LAAD
LME	ME	MD	LMAD	
LPE	PE	PD	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 Transito

Divaldo Cesar do Amaral Filho  
Subinspetor  
Confere com o Engenheiro  
CG/OS 2017

### 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

## 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 SEPA DE RESPONSABILIDADE DO SIGNATÁRIO)

Confere com o Boletim de Ocorrência nº 06/05/2019

Divaldo Cesar do Amaral

Sub-Inspetor

06/05/2019

1072

O condutor do moto Bruno Henrique Amador da Silva  
vinha na moto na PE 05 sentido São Lourenço - Cidade.  
O condutor do carro Fábio que vinha sentido Recife - Camaragibe  
na entrada na estrada de Amaro Perreirinho,  
reduziu o carro, o condutor do moto também, mas  
acredita 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  
prejuicial dele.

AVÁRIAS:

PASSADOR de MARCHA (EMPENADO)  
Guião partido no meio com RETROVISOR lado es-  
querdo (ARRANHADO).  
LANTERNAS direita quebrada (FRATURAS E DIFERENÇAS)  
ESCAPE ARRANHADO lado direito  
Pelo lado esquerdo BASE DO CARRILHÃO lado  
esquerdo quebrada / MACANETA do FREIO quebrada  
RETROVISOR esquerdo ARRANHADO.  
PARALAMAS DIANTEIRO ARRANHADO / CAP DO PARALAMAS 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 1045 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 AVÁRIAS 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



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

DECLARE ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

(O PREENCHIMENTO ILEGÍVEL SERÁ DE RESPONSABILIDADE DO SIGNATÁRIO)

COMO CONDUTOR DO VEÍCULO SE ENCONTRAVA NA AVENIDA CAMARAGIBE -  
ARARA, QUANDO NA AVENIDA BELMIR GARCIA AO ENTRA A ESQUERDA  
NO CRUZAMENTO, OCORREU COLISÃO COM MOTOCICLETA VINDO DO  
SENTO SÃO LOURENÇO - CAMARAGIBE (CONTRÁRIO).  
NA HORA 10:46 HOUVE A COLISÃO ONDE NÃO FOI ATRÁS A  
MOTOCICLETA PELA RAPIDEZ DO ACONTECIMENTO. FOI ACIONADO FREIO  
E POR ISSO A COLISÃO FOI NA RETRADA DIANTEIRA ESQUERDA  
DECLARO ASSIM QUE POR ACONTECIMENTO HOUVE CHAMADO IMEDIATO  
DO SAMU PARA PRESTARMOS SOCORROS, MAS CONDIÇÕES DE  
AMBOS VEÍCULOS ESTÃO BEM, SEM COISSAS MAIORES DE SAÚDE.

AVARIAS:

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

Confere com o original

Orlando Cesar do Amaral Filho  
Sub-Inspector  
Mat. 1073

06/05/2019

IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR:

NOME: FÁBIO TRIGUEIRO CALVO DE LUCENA CPF: 619.997.384-63 R.G. Nº/Org Exp.: 4359704 SS/RE  
FONE: 81982225599 PLACA: PUB4016  
DATA: 23/04/2019 HORA: 10:46

ASSINATURA DO CONDUTOR

OBSERVAÇÃO:

- 1) O CONDUTOR DEVERÁ FIRMAR SUA DECLARAÇÃO DE PRÓPRIO PUNHO, UTILIZANDO LETRAS DE FORMA LEGÍVEL;
- 2) O CONDUTOR SEMPRE QUE POSSÍVEL DEVERÁ ASSINAR O CROQUI E AS AVARIAS DOS RESPECTIVOS VEÍCULOS;
- 3) 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: 23/04/2019	MATRÍCULA: 0.0000758	NOME: SUB INSP. FERNANDO FERREIRA	ASSINATURA: CONFORME ORIGINAL
DATA: 06/04/2019	MATRÍCULA: 0.0001073	NOME: SUB INSP. DIVALDO AMARAL	ASSINATURA: Divaldo Cesar do Amaral Filho Sub-Inspetor Mat. 1073
DATA: 06/04/2019	MATRÍCULA: 0.0001073	NOME: SUB INSP. DIVALDO AMARAL	ASSINATURA:



## 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0651

CONTA:

55663

9

AGÊNCIA:

CONTA:

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 a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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:

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife 22/09/20  
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)

FPS.001 V002/2019







**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<sup>a</sup>). 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<sup>a</sup>) 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





0085002555



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



720903653900626000000142913007 1019





**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 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>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Camilla Almeida Lopes Torres

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: <u>Rua Francisco Leopoldino</u>	Número: <u>405</u>	Complemento: <u>Graco C Apt 01</u>
Bairro: <u>Varzea</u>	Cidade: <u>Boa Fe</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>advcamilla@meuemail.com.br</u>	CEP: <u>50980-060</u>	
		Tel.(DDD):

Local e Data: Recife - 22 de Janeiro de 2020

Camilla Almeida Lopes Torres

Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



<b>NOME:</b>	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 TRÂNSITO  
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

16/12/2021

1ª HABILITAÇÃO

15/03/2012

OBSERVAÇÕES

Exerce Ativ Remunerada

*Bruno Henrique A. da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

19/12/2016



Charles Andrews Souza Ribeiro  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

16066076100  
PE076591719

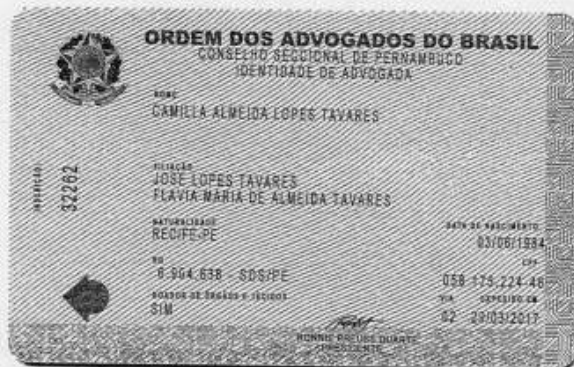
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1416715228


PROIBIDO PLASTIFICAR  
1416715228







## 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](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





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

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Bruno Henrique Anomias da Silva		
Data do Acidente:	23/01/19	CPF da vítima:	
Portador da documentação:			
Qualificação do Portador:	<input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> 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:	32 x 62, 090112
Assinatura:	Camilla 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

Morte = R\$ 13.500,00

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](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

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	24/01/20
Nome:	Ar
Assinatura:	Antonio

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/ PE  
Avenida Caxangá, 3488 - Imbitinga - CEP: 50.870-000 - Fone: (81) 3463-2251

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\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20

www.tjpe.jus.br/registrocivil

## PROCURAÇÃO PARTICULAR



### OUTORGANTE:

Nome: Bruno Henrique Ananias da Silva  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: 7  
Identidade: 7765565 SDSF CPF: 091.853.864-56  
Endereço: Rua Francisco Leptelino, Nº 210, 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 Leptelino, 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

**CPF de:** Próprio

**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

#### 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





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, 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

Carta nº 15507755

Pag. 007/87/00788 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020394

