



Número: **0000064-57.2021.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Flores**

Última distribuição : **18/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANTONIO MATEUS SOBRINHO (AUTOR)	ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13353 9939	19/05/2023 14:39	<u>2795679_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Ações processuais\Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORES/PE - SEÇÃO -

PROCESSO: 00000645720218172610

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **ANTONIO MATEUS SOBRINHO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.º, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente** na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FLORES, 18 de maio de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390107000000130448415>
Número do documento: 23051914390107000000130448415

Num. 133539939 - Pág. 1

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390107000000130448415>
Número do documento: 23051914390107000000130448415

Num. 133539939 - Pág. 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390107000000130448415>
Número do documento: 23051914390107000000130448415

Num. 133539939 - Pág. 3



Número: **0000064-57.2021.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Flores**

Última distribuição : **18/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANTONIO MATEUS SOBRINHO (AUTOR)	ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
13353 9940	19/05/2023 14:39	<u>ANEXO 1</u>



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

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

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

Eu, José Mateus da Silva Sobrinho,
RG nº 3964600, data de expedição 31/08/1988
Órgão 88P-PE, portador do CPF nº 592.166.544-49,
com domicílio na cidade de CALUMBI, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
51 - VARZEA GRANDE, nº 629,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
x ANTONIO MATEUS SOBRINHO, cujo o condutor era
x Kleodiana da Silva Ferreira.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 Titânio Ano: 2010
Placa: NXU-2009 Chassi: 9C2KC1610AN053434
Data do Acidente: 23/02/2019

Local e Data: CALUMBI - PE 20/08/2019

Firma Reconhecida

x José Mateus da Silva Sobrinho
Assinatura do Declarante

Kleodiana da Silva Ferreira
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CALUMBI
TITULAR: TIAGO ALVES DOS SANTOS
Telefone: (87) 38451-122

Serventia Registral e Notarial
de Calumbi/PE
Fabricia da Silva Ferreira
Escrivente Autorizada

06 SET 2019

Reconheço, por Autenticidade, a firma de: JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO, que conferi o padrão reg. nesta serventia. Dau fé. Calumbi/PE, 20 de agosto de 2019.
Emol.: 3,59, ISNR: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40, Total: R\$ 4,79. Escrivente: Fabricia da Silva Ferreira. Escrivente Autorizada:
Selos: 0160242.PUU08201901.00040 | 00/08/2019 08:54:10
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

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

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

Eu, José Mateus da Silva Sobrinho,
RG nº 3964600, data de expedição 31/08/1988
Órgão 88P-PE, portador do CPF nº 592.166.544-49,
com domicílio na cidade de CALUMBI, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
51 - VARZEA GRANDE, nº 629,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
x ANTONIO MATEUS SOBRINHO, cujo o condutor era
x Kleodiana da Silva Ferreira.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 Titular: 2010
Placa: NXU-2009 Chassi: 9C2KC1610AN053434
Data do Acidente: 23/02/2019

Local e Data:

CALUMBI - PE 20/08/2019

Firma Reconhecida

x José Mateus da Silva Sobrinho
Assinatura do Declarante

Kleodiana da Silva Ferreira
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CALUMBI
TITULAR: TIAGO ALVES DOS SANTOS
Telefone: (87) 38451-122

Serventia Registral e Notarial
de Calumbi/PE
Fabricia da Silva Ferreira
Escrivente Autorizada

06 SET 2019

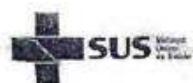
Reconheço, por Autenticidade, a firma de: JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO, que conferi o padrão reg. nessa serventia. Dau f. Calumbi PE 20 de agosto de 2019. Emol.: 3,59, ISNR: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40, Total: R\$ 4,79. Fabricia da Silva Ferreira, Escrivente Autorizada:
Selos: 0160242.PUU08201901.00040 00/08/2019 08:54:10
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2305191439012700000130448416>
Número do documento: 2305191439012700000130448416

Num. 133539940 - Pág. 2

9.8828-5695



USP

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 30

Data:	23/01/19	Hora:	09:36		
Nome:	Antônio Mello Salomão				
Nome Social:					
Nascimento:	08.04.95	Sexo:	M		
Escolaridade:	Ens. médio				
Mãe:	Maria Francisca BoaConsulta de Souza				
Endereço:	Sítio Vila Grande				
Bairro:	Colmeias	Município:	Colmeias-PE		
Cartão SUS:	0980041177046542	RG/CPF:	9.419.443.505-8		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Situação/Quelxa:

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
-----	--------	------	----	-------	-------	----------

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:	Carimbo e Assinatura:
-------------	-----------------------

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Fratura grade 3 cont. h- t 3mm.

Tratamento:

1- Sol. R x braço

Fratura de ulna

Solicite Encabrigas

Entro dia 28/02/19

Dra. Júlia Góes Campos
Médica

CRM-PE 26213

Hipótese Diagnóstica:

Fratura

Carimbo e Assinatura:

04 SET 2019





MINISTÉRIO DA AGRICULTURA E REFORMA AGRÁRIA
INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA — INCRA
SISTEMA NACIONAL DE CADASTRO RURAL — SNCR

COMPROVANTE DE ENTREGA DE DECLARAÇÃO PARA CADASTRO DE IMÓVEL RURAL — CE

01 — Nº VOLUME

02 — NOME DO DECLARANTE

JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO

03 — NOME DO IMÓVEL

Sítio VAZIA GRANDE

04 — CÓDIGO DO IMÓVEL

2,2,4,0,3,0,0,2,3,9,4,9,6

05 — MUNICÍPIO DE LOCALIZAÇÃO DO IMÓVEL

CAICÓ/RN

06 — UF

07 — DOCUMENTOS ANEXOS

PE

FC

Quantidade

1

Planta e/ou Memorial Descritivo

1

08 — DATA:

16/06/98

09 — ASSINATURA

Jose Mateus da Silva Sobrinho

- ESTE COMPROVANTE NÃO FAZ PROVA DA SITUAÇÃO CADASTRAL DO IMÓVEL, NÃO SENDO VÁLIDO, PORTANTO, PARA QUALQUER ATO OU TRANSMISSÃO DA PROPRIEDADE, NÃO SUBSTITUINDO O CERTIFICADO DE CADASTRO.
- DEVE SER CARIMBADO, DATADO E ASSINADO POR REPRESENTANTE DO INCRA.

10 — CARIMBO DO REPRESENTANTE DO INCRA

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA SISTEMA NACIONAL DE CADASTRO RURAL — SNCR
224 037
16/06/98

Imprensa Nacional

04 SET 2019



9.8828-5695



13 dias

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 30

Data: 04/09	Horas: 09:36			
Nome: Antônio Mello	Colaborante			
Nome Social:	Profissão: eletricista			
Nascimento: 08/04/95	Sexo: M			
Escolaridade: 8º ano	Responsável:			
Mãe: Maria Joseparecice	Bairro: Centro da Sua			
Endereço: Sítio Olho Grande	Município: Colombópolis			
Bairro:	Fone: 9-8659-0666			
Cartão SUS: 098046177096502	RG/CPF: 9.619.443-5037			
Raça/Cor: Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		<input type="checkbox"/> VERMELHO	<input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> VERDE	<input type="checkbox"/> AZUL
Situação/Queixa:					
PA:	P脉:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:
Medicações em uso:					
Intolerâncias/Alergias:					
Fluxograma:	Carimbo e Assinatura:				

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

após queda de canteiro m+ 20m.

Tratamento:

1- col. Rx braço

Fratura de ulna

reduzida immobilizada

Peso: 60 - 280021kg

Dra. Juliana F. Camões

Medicina

CRM: 14.20315

Hipótese Diagnóstica:

BRUMA

Carimbo e Assinatura:

Dra. Juliana F. Camões

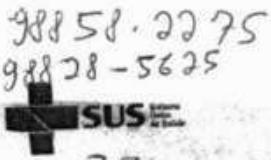
Medicina

CRM: 14.20315

04 SET 2019



QALUM B,



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 37

Data:	29/03/79	Hora:	08:20	4	
Nome:	Antônio Motaus Colares			advogado	
Nome Social:				Colares	
Nascimento:	08/04/85	Sexo:	M	Estado Civil:	Solteiro
Escolaridade:	Ensino Fundamental			Responsável:	O Júrgio.
Mãe:	Mônica			Professora de Educação Infantil	
Endereço:	Av. Virgílio Grande			Fone:	9.8859.0066
Bairro:	Colares/RJ			RG/CPF:	
Cartão SUS					
Racial:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Situação/Queixa:

1/10 Adm 1m

Respiración: **Pulso:** **HGT:** **T:** **SpO2:** **Peso:** **Glasgow:**

REQUERIMIENTO DE PRECIO DE VENTA DE MATERIALES Y EQUIPO

Intolerâncias/Alergias:

Digitized by srujanika@gmail.com

Fluxograma Carimbo e Assinatura.

ATENDIMENTO MÉDICO

Historia e Exame Fisico:

→ \hookrightarrow convex

Testamento*

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

04 SET 2019





MINISTÉRIO DA AGRICULTURA E REFORMA AGRÁRIA
INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA – INCRA
SISTEMA NACIONAL DE CADASTRO RURAL – SNCR

COMPROVANTE DE ENTREGA DE DECLARAÇÃO PARA CADASTRO DE IMÓVEL RURAL – CE

01 – Nº VOLUME

02 – NOME DO DECLARANTE

JOSE MARCEUS DA SILVA SOBRINHO

03 – NOME DO IMÓVEL

Sítio Vazia Grande

05 – MUNICÍPIO DE LOCALIZAÇÃO DO IMÓVEL

CAICÓ/RN

08 – DATA

16/06/98

09 – ASSINATURA

Jose marcus da silva Sobrinho

04 – CÓDIGO DO IMÓVEL

2,2,4,03,0,0,23,9,4,916

06 – UF

PE

07 – DOCUMENTOS ANEXOS

FC

Quantidade

Planta e/ou Memo-

rial Descritivo

Quantidade

10 – CARIMBO DO REPRESENTANTE DO INCRA

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA
INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA – INCRA
SISTEMA NACIONAL DE CADASTRO RURAL – SNCR

224 037-000
16/06/98

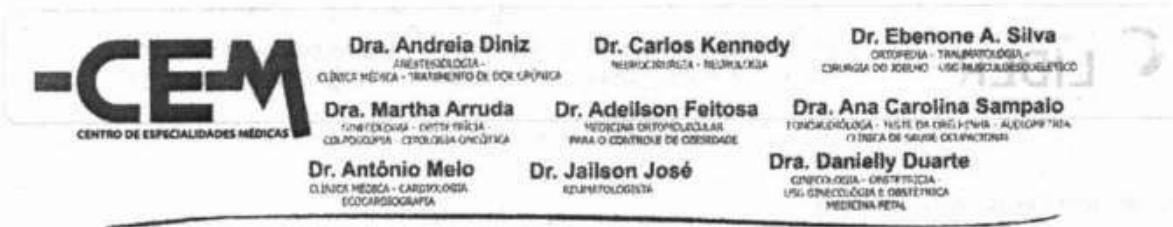
Imprensa Nacional

04 SET 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416>
Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 8



ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Paciente vítima de acidente com motocicleta, no dia 23/02/2019 no município de Serra Talhada- PE. Após o acidente foi atendida no HOSPMAM, constatada fratura de ulna direita. Realizado tratamento conservador.

Após sua alta e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: dor e edema intermitente em punho direito, limitação da mobilidade do punho, como flexão e extensão do punho. Força reduzida em mão direita. Falta de sensibilidade em 3º e 4º quirodáctilo direito.

No momento apresentando déficit funcional em 50% e déficit laboral em 70% para suas funções trabalhistas como agricultor.

Serra Talhada, 01 de outubro de 2019.

Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-8446 (87) 99916-0112 - e-mail: cem_st@hotmail.com



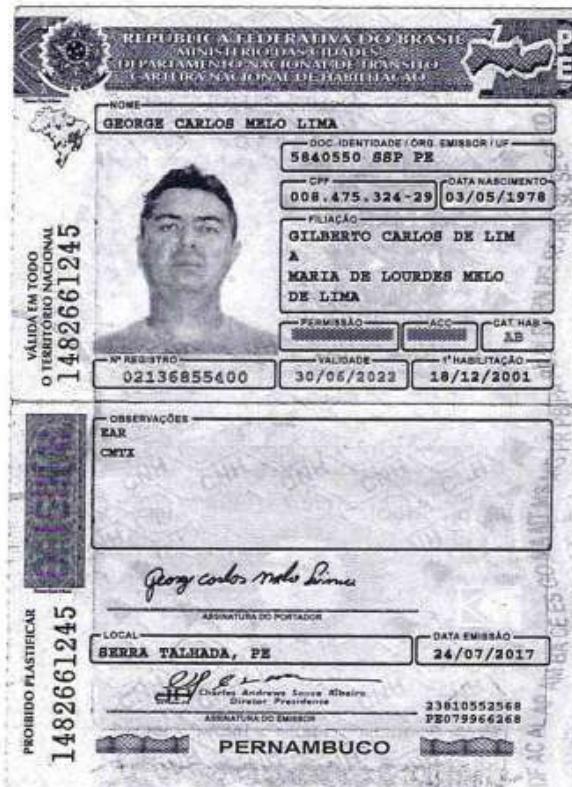


04 SET 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2305191439012700000130448416>
Número do documento: 2305191439012700000130448416

Num. 133539940 - Pág. 10



04 SET 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416>
Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 11



04 SET 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416>
Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 12



04 SET 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416>
Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 13

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE N° 013727878664

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO: COD. NO NAVAM: 235063103 | RENAVAM: 98765432109 | EXERCÍCIO: 2019

NOME: JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO

TRIUNFO - PE

EXERCÍCIO: 04/09

PLACA: NXU2006

CHASSI: 9GZK1610AR03424

COMBUSTÍVEL: ÁLCOOL/GÁSOL

ESPECIE: 100

PLACA/NR. /RE: 9E

DATA EMISSÃO: 07/02/19

EXERCÍCIO: 04/09

CPF / CNPJ: 392.166.544-49

DATA EMISSÃO: 07/02/19

EXERCÍCIO: 04/09

PLACA: NXU2006

CHASSI: NXU2006

MARCA / MODELO: HONDA / CG150 TITAN

ANO/FAB: 2010

CATEGORIA: 2E / 149 CL

CONCESSIONÁRIO: PARTIC

VERMELHA

DATA EMISSÃO: 08/09/19

EXERCÍCIO: 04/09

PLACA: 9C2KC1610A053434

CHASSI: 9C2KC1610A053434

MARCA / MODELO: HONDA / CG150 TITAN

ANO/FAB: 2010

CATEGORIA: 2E / 149 CL

CONCESSIONÁRIO: VERMELHA

DATA EMISSÃO: 08/09/19

EXERCÍCIO: 04/09

PLACA: 9C2KC1610A053434

CHASSI: 9C2KC1610A053434

MARCA / MODELO: HONDA / CG150 TITAN

ANO/FAB: 2010

CATEGORIA: 2E / 149 CL

CONCESSIONÁRIO: VERMELHA

DATA EMISSÃO: 08/09/19

EXERCÍCIO: 04/09

PLACA: 9C2KC1610A053434

CHASSI: 9C2KC1610A053434

MARCA / MODELO: HONDA / CG150 TITAN

ANO/FAB: 2010

CATEGORIA: 2E / 149 CL

CONCESSIONÁRIO: VERMELHA

DATA EMISSÃO: 08/09/19

EXERCÍCIO: 04/09

PLACA: 9C2KC1610A053434

CHASSI: 9C2KC1610A053434

SEGURAMENTO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE N° 013727878664 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204

0
EXERCÍCIO: 2019
DATA EMISSÃO: 07/02/19

SEGURADORA LIDER " DPVAT

CHPJ 09.2018.000001-04

ROBERTO CARLOS MOREIRA BONALVES
LÍCITO E DIRETAMENTE DETRAN/PE

04 SET 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE N° 013727878664

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 233083163 | ANO: 2019 | EXERCÍCIO: 2019

JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO

TRIUNFO - PE

010 / CAR/

PLACA: NXU2006

CHASSIS:

9C2KC16102R053434

ESPECIE TIPO: MOTO/CICLETA

MARCA / MODELO: HONDA / CG150

ANO FAB: 2010

ANO MODELO: 2010

CATEGORIA: CG150

CG150/VERMELHA

VEHICULO:

VERMELHA

PE N° 013727878664 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO

ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204

0 DATA EMISSÃO
2019 07/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.690/0001-04

Roberto Carlos Massane Fonteles
Diretor Presidente DETRAN/PE

04 SET 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190564774 **Cidade:** Calumbi
Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO **Data do acidente:** 23/02/2019
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA ISOLADA DA URNA DIREITA.

Descrição do exame físico: DEFICIT DE MOBILIDADE /PRONO-SUPINAÇÃO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM APARELHO GESSADO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO PUNHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



Procuração

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

1. Outorgante ANTONIO MATEUS SOBRINHO

portador(a) do documento de identidade nº 9419443, expedido por SN 5.17
em 01/01/2010 inscrito no CPF sob o nº 175.478.317-27 residente na
570 VARGO ENTRADA 07
complemento CASA Bairro RURAL - S. T. 0 cidade
CALUMBI Estado PE Data do acidente 17/04/2019
DPVAT cobertura INVALIDEZ

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELLO LIMA

portador(a) do documento de identidade nº 5840550, expedido por SSP PE
em 24/02/2011 inscrito no CPF sob o nº 001.495.324-29 residente na
ANTONIO TOME DE SOUZA nº 523
complemento CASA Bairro SÃO CRISTÓVÃO cidade
SERRA TAIHADA Estado PE

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na
movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e
especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

SERRA TAIHADA - 27/08/2019

Outorgante X ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Senhoria Registral e Notarial
de Calumbi/PE
Fabricio da Silva Ferreira
Escrivente Autorizada



Reconheço, por Autenticidade, a firma de: ANTONIO MATEUS
SOBRINHO, que conferi c/ o padrão reg. nesta serventia.
Dou fô. Calumbi/PE, 16 de agosto de 2019. Emol.: 3,59,
TSNR: R\$ 0,80, PERC: R\$ 0,40. Total: R\$ 4,79. Fabricio
da Silva Ferreira, Escrivente Autorizada.

Sele: 0160242.IFE08201901.00025 16/08/2019 08:34:35
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

04 SET 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416>
Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 17

Procuração

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

1. Outorgante ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Outorgado (e) do documento de identidade n. 9.714.443 expedido por SSP-PE
em 04/07/2010 inscrito no CPF sob o n. 408.475.324-29 residente na
complemento CASO Bairro RUAOL 510 cidade
CALUMBI Estado PE Data de expediente 19/01/2019

DPVAT cobertura INVALIDEZ

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA

Outorgado (e) do documento de identidade n. 5840550 expedido por SSP-PE
em 04/07/2010 inscrito no CPF sob o n. 008.475.324-29 residente na
complemento CASA Bairro SAO CRISTO VAO cidade
SENRA TABUADA Estado PE

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na
movimentação e conclusão dos processos bens e complementares ao Seguro Obrigatório - DPVAT, e
especialmente para preenchimento e assinatura no FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Spessa fachada - Dr. 16 de 08 de 2019

Outorgante X ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Serventia Registral e Notarial
de Calumbi/PE
Fabricio da Silva Ferreira
Escrivão Autorizado

TIERRENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CALUMBI
Titular: TIAGO ALVES DOS SANTOS
Telefone: (87) 38451-182

Reconheço, por Autenticidade, a firma de: ANTONIO MATEUS
SOBRINHO; que conferi c/ o padrão reg. nesta serventia.
Deu fé: Calumbi/PE, 16 de agosto de 2019. Emol.: 3,59,
TANR: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40. Total: R\$ 4,79. Fabricio
da Silva Ferreira, Escrivão Autorizado.

Selo: 0160242.IFEG08201901.00025 15/08/2019 08:34:35
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

04 SET 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306778/19

Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

CPF: 115.478.384-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/02/2019

Titular do CPF: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

ANTONIO MATEUS SOBRINHO : 115.478.384-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2019
Nome: ANTONIO MATEUS SOBRINHO
CPF: 115.478.384-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ANTONIO MATEUS SOBRINHO

MANOEL COELHO NETO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416>
Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 19

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306778/19

Número do Sinistro: 3190516481

Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

CPF: 115.478.384-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/02/2019

Titular do CPF: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/09/2019
Nome: ANTONIO MATEUS SOBRINHO
CPF: 115.478.384-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ANTONIO MATEUS SOBRINHO

MANOEL COELHO NETO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416>
Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 20

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342607/19

Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

CPF: 115.478.384-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/02/2019

Titular do CPF: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

ANTONIO MATEUS SOBRINHO : 115.478.384-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/10/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

GEORGE CARLOS MELO LIMA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416>
Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 21



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190516481 Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Data do Acidente: 23/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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

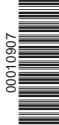
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01813/01814 - carta_03 - INVALIDEZ



00010907

Carta nº 14758549



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416>
Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 22



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190516481 **Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

Data do Acidente: 23/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO

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.

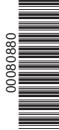
Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 23/02/2019, emitido pelo Dr. JULIANA PAULA CAMPOS CRM nº 25213 - PE, da Instituição HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01759/01760 - carta_31 - INVALIDEZ



00080880

Carta nº 14785405



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2305191439012700000130448416>
Número do documento: 2305191439012700000130448416

Num. 133539940 - Pág. 23



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190564774 **Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

Data do Acidente: 23/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO

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 14846473

Pag. 01319/01320 - carta_01 - INVALIDEZ



00020660



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416>
Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 24



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190564774 **Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

Data do Acidente: 23/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01735/01736 - carta_02 - INVALIDEZ



00050868

Carta nº 14862141



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416>
Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 25



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190516481 **Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

Data do Acidente: 23/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO

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 14940334

Pag. 00729/00730 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190564774 Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Data do Acidente: 23/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 814

Conta: 000986212771-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190564774
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Mateus Sobrinho
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Várzea Grande, S/N
Zona Rural Calumbi PE CEP: 56930-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9419443
Data local do acidente: [23/02/2019]
Data local do exame: [11/10/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA ISOLADA DA ULNA DIREITA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM APARELHO GESSADO

Complicações: ALTERAÇÃO DE PRONO=SUPINAÇÃO

Data da Alta: 01/10/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

DEFÍCIT DE MOBILIDADE

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFÍCIT DE MOBILIDADE /PRONO-SUPINAÇÃO

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

“Vítima em tratamento”

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

“Sem sequela permanente”

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Direito

% do dano: 10% residual **(X) 25% leve**
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Ebenone Antonio da Silva
CPF - 882.723.544-20
CRM/PE - 15122


Dr. Ebenone Baidô
CRM:15122
TEOT:10541
ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASI: 115.498.384-77 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP-Nº 449/2012	
5 - Nome completo: ANTONIO MATEUS SOBRINHO 6 - CPF: 115.498.384-77 7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: S. VARGAS GRANDE 9 - Número: 629 10 - Complemento: CASA 11 - Bairro: FORAL Sítio 12 - Cidade: CALUMBI 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.930.000 15 - Email:	
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: 115.498.384-77 19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).	
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (TAM CURIADO/PAIS)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos vísiveis. Ativale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (541) <input type="checkbox"/> CONTA-CORRENTE (Todos os bancos) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGENCIA: 914 CONTA: 916.20.771 1 (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, o consentimento após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.	
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INC - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE	
Declaro sob a pena de perda da validade do pedido, que não existem lesões que impeçam a realização de perícias para fins de Seguro DPVAT.	
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.	
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.	
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE	
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos/ falecidos: 30 - Vítima deixou netos/nietos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos/ falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT, por morte de aqueles beneficiários que se apresentarem aprovaram esta condição, estando Ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcimento do 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 o rogo/a pedido _____	
36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido _____	
37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido _____	
40 - Local e Data, CALUMBI PE 26/08/2019 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) ANTONIO MATEUS SOBRINHO 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) George Cordeiro Melo Leme	
43 - Assinatura do Procurador (se houver)	

EPS.001 V002/2019

04 SET 2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ª CIRPD
DINTER2/21 DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0267003171

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/08/2019** às **12:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **23/2/2019** às **08:15**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO PARA EFEITO DE SEGURO**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOCA MAGALHAES, 1** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTÍVEL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO (OUTRO)
CLEIDIANO (TESTEMUNHA)
ANTONIO MATEUS SOBRINHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): CLEIDIANO

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

ANTONIO MATEUS SOBRINHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **MARIA APARECIDA BÓAVENTURA DA SILVA** Pai: **JOSÉ MATEUS DA SILVA SOBRINHO** Data de Nascimento: **8/4/1995** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **9419443/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1, SITIO VARZEA GRANDE N° 829 / ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

CLEIDIANO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

04 SET 2019

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO**, que estava em posse

15/08/2019 12:34



do(a) Sr(a): **CLEIDIANO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **NXU2008** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **233083189** Chassi: **9C2KC1610AR053434**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARCEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE, ANTONIO MATEUS SOBRINHO, PARA COMUNICAR UM ACIDENTE DO QUAL O MESMO FORA VÍTIMA. RELATA O SEGUINTE FATO: QUE O MESMO IA DE CARONA NA MOTOCICLETA HONDA DESCrita NESTE REGISTRO E QUE NA OCASIÃO ERA CONDUZIDA PELA PESSOA CONHECIDA POR "CLEIDIANO", ESTE FAZENDO O PERCURSO ESTAÇÃO / IGREJA MATERIZ PELA RUA JOCA MAGALHÃES E QUANDO A MOTOCICLETA SE ENCONTRAVA PRÓXIMO AO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE PAULO, A MOTOCICLETA DERRAPOU E COM ISSO O SEU CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MESMA E VIERAM A CAIR NA VIA. QUE, COM O TOMBO, ELE SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES E LESÕES, PORÉM O CONDUTOR SOFREU APENAS ESCORIAÇÕES LEVES. QUE, O PRÓPRIO CONDUTOR DA MOTOCICLETA, CLEIDIANO, FEZ O SOCORRO DELE PARA O HOSPAM ONDE ELE FORA ATENDIDO PELA MÉDICA PLANTONISTA, DR. JULIANA PAULA CAMPOS, CONFORME CÓPIA DO BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA Nº 30 APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE. QUE, A CITADA MÉDICA SOLICITOU QUE A VÍTIMA RETORNASSE AO HOSPAM NA SEGUNDA-FEIRA PARA UM MELHOR ATENDIMENTO, JÁ QUE NAQUELE PRIMEIRO ATENDIMENTO NÃO HAVIA MÉDICO ORTOPEDISTA DE PLANTÃO. QUE, NA SEGUNDA-FEIRA (DIA 25/02), ELE NOVAMENTE RETORNOU AO HOSPAM ONDE FORA ATENDIDO PELO MÉDICO EBENONE BAIÃO, CONFORME CÓPIA DE BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA Nº 37 APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE, SENDO CONSTATADA UMA FRATURA NO BRAÇO DIREITO DA VÍTIMA. NADA MAIS, ENCERRO.

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

**ANTONIO MATEUS SOBRINHO
(VITIMA)**

ANTONIO MATEUS SOBRINHO

B.O. registrado por: **IVANILDO SALVADOR DE MELO** - Matrícula: **2209411**



04 SET 2019

15/08/2019 12:34



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2305191439012700000130448416>
Número do documento: 2305191439012700000130448416

Num. 133539940 - Pág. 32



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ª CIRCPOL
DINTER2/21ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0267003171

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/08/2019 às 12:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **23/2/2019 às 08:15**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO PARA EFEITO DE SEGURO**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOCA MAGALHAES, 1** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTÍVEL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO (OUTRO)
CLEIDIANO (TESTEMUNHA)
ANTONIO MATEUS SOBRINHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): CLEIDIANO

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

ANTONIO MATEUS SOBRINHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA BÓAVENTURA DA SILVA** Pai: **JOSÉ MATEUS DA SILVA SOBRINHO** Data de Nascimento: **8/4/1995** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9419443/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1, SITIO VARZEA GRANDE N.º 829 / ZONA RURAL - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

CLEIDIANO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

04 SET 2019

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO**, que estava em posse

15/08/2019 12:34



do(a) Sr(a): **CLEIDIANO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **NXU2008** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **233083189** Chassi: **9C2KC1610AR053434**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE, ANTONIO MATEUS SOBRINHO, PÁRA COMUNICAR UM ACIDENTE DO QUAL O MESMO FORA VÍTIMA. RELATA O SEGUINTE FATO: QUE O MESMO IA DE CARONA NA MOTOCICLETA HONDA DESCrita NESTE REGISTRO E QUE NA OCASIÃO ERA CONDUZIDA PELA PESSOA CONHECIDA POR "CLEIDIANO", ESTE FAZENDO O PERCURSO ESTAÇÃO / IGREJA MATERIZ PELA RUA JOCA MAGALHÃES E QUANDO A MOTOCICLETA SE ENCONTRAVA PRÓXIMO AO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE PAULO, A MOTOCICLETA DERRAPOU E COM ISSO O SEU CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MESMA E VIERAM A CAIR NA VIA. QUE, COM O TOMBO, ELE SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES E LESÕES, PORÉM O CONDUTOR SOFREU APENAS ESCORIAÇÕES LEVES. QUE, O PRÓPRIO CONDUTOR DA MOTOCICLETA, CLEIDIANO, FEZ O SOCORRO DELE PARA O HOSPAm ONDE ELE FORA ATENDIDO PELA MÉDICA PLANTONISTA, DR. JULIANA PAULA CAMPOS, CONFORME CÓPIA DO BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA Nº 30 APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE. QUE, A CITADA MÉDICA SOLICITOU QUE A VÍTIMA RETORNASSE AO HOSPAm NA SEGUNDA-FEIRA PARA UM MELHOR ATENDIMENTO, JÁ QUE NAQUELE PRIMEIRO ATENDIMENTO NÃO HAVIA MÉDICO ORTOPEDISTA DE PLANTÃO. QUE, NA SEGUNDA-FEIRA (DIA 25/02), ELE NOVAMENTE RETORNOU AO HOSPAm ONDE FORA ATENDIDO PELO MÉDICO EBENONE BAIÃO, CONFORME CÓPIA DE BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA Nº 37 APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE, SENDO CONSTATADA UMA FRATURA NO BRAÇO DIREITO DA VÍTIMA. NADA MAIS, ENCERRO.

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

**ANTONIO MATEUS SOBRINHO
(VITIMA)**

ANTONIO MATEUS SOBRINHO

B.O. registrado por: **IVANILDO SALVADOR DE MELO** - Matrícula: **2209411**



04 SET 2019

15/08/2019 12:34



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416>
Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 34



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

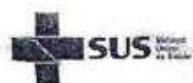
Escolha(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASI: 115.498.384-77 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP-Nº 449/2012	
5 - Nome completo: ANTONIO MATEUS SOBRINHO 6 - CPF: 115.498.384-77 7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: S. VARGAS GRANDE 9 - Número: 629 10 - Complemento: CASA 11 - Bairro: FORAL Sítio 12 - Cidade: CALUMBI 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.930.000 15 - Email:	
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: 115.498.384-77 19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).	
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (TAM CURIADO/PAIS)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos várzea, Asturias uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (342) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGENCIA: 914 CONTA: 916.20.771 1 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA-CORRENTE (Todos os bancos) Nome do Banco: _____ AGENCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o consentimento após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.	
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INC - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE	
Declaro sob a pena de perda da validade do pedido, que não existem lesões que impeçam a realização de perícias para fins de Seguro DPVAT.	
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.	
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 32, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.	
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE	
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos ou Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (safanicos)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos ou Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT, por morte de aqueles beneficiários que se apresentarem aprovaram 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 o rogo/a pedido _____ 36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido _____ 37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido _____	
40 - Local e Data, CALUMBI PE 26/08/2019 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) ANTONIO MATEUS SOBRINHO 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) George Cordeiro Melo Leme	
43 - Assinatura do Procurador (se houver)	

EPS.001 V002/2019

04 SET 2019



9.8828-5695



USP

SUS

Sistema Único de Saúde

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 30

Data:	23/01/19	Hora:	09:36		
Nome:	Antônio Mello Salomão				
Nome Social:					
Nascimento:	08.04.95	Sexo:	M		
Escolaridade:	Ens. médio				
Mãe:	Maria Francisca Boa Ventura de Souza				
Endereço:	Sítio Vila Grande				
Bairro:	Colmeiro	Município:	Colmeiro/PE		
Cartão SUS:	0980041177046542	RG/CPF:	9.419.443.505-8		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Situação/Quelxa:

PA: P脉: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma: Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Início quebra abrindo fratura - 3mm

Tratamento:

1- Sol. Rx braço

Fratura aberta

Solicite Encaminhamento
Internar dia 28/02/19Dr. Júlio Cesar Campos
Médico
CRM-PE 26213

Hipótese Diagnóstica:

Fratura aberta

Carimbo e Assinatura:

Dr. Júlio Cesar Campos
CRM-PE 26213

04 SET 2019





MINISTÉRIO DA AGRICULTURA E REFORMA AGRÁRIA
INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA — INCRA
SISTEMA NACIONAL DE CADASTRO RURAL — SNCR

COMPROVANTE DE ENTREGA DE DECLARAÇÃO PARA CADASTRO DE IMÓVEL RURAL — CE

01 — Nº VOLUME

02 — NOME DO DECLARANTE

JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO

03 — NOME DO IMÓVEL

Sítio VAZIA GRANDE

04 — CÓDIGO DO IMÓVEL

2,2,4,0,3,0,0,2,3,9,4,9,6

05 — MUNICÍPIO DE LOCALIZAÇÃO DO IMÓVEL

CAICÓ/RN

06 — UF

07 — DOCUMENTOS ANEXOS

PE

Quantidade

FC

Planta e/ou Memo-

rial Descritivo

Quantidade

08 — DATA:

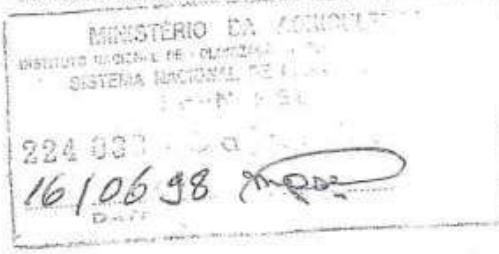
16/06/98

09 — ASSINATURA

Jose Mateus da Silva Sobrinho

- ESTE COMPROVANTE NÃO FAZ PROVA DA SITUAÇÃO CADASTRAL DO IMÓVEL, NÃO SENDO VÁLIDO, PORTANTO, PARA QUALQUER ATO OU TRANSMISSÃO DA PROPRIEDADE, NÃO SUBSTITUINDO O CERTIFICADO DE CADASTRO.
- DEVE SER CARIMBADO, DATADO E ASSINADO POR REPRESENTANTE DO INCRA.

10 — CARIMBO DO REPRESENTANTE DO INCRA



Imprensa Nacional

04 SET 2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00814

CONTA: 000986212771-1

Nr. da Autenticação 05A89900FA62DC63



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416>
Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 40



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
 BÔTA/FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética do Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50080-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDERÉSCO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CPF: 286.442.044-91

ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALHADA
 SERRA TALHADA PE
 56903-220

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

073102422	ONPEA	13/09/2019
13/09/2019	2000630115	3660341

CONTABILIZADO	ACUANO
1130133025	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	21/08/2019
DATA DE PAGAMENTO	11/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	163,84

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Apoio(kWh)	171.000000	0,77545172	132,80
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,18
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,79
Contib. Ium. Pública Municipal			0,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 085393255-11/08/19			1,15
Doação APAE - 0800 722 2723			15,00

TOTAL DA FATURA

163,84

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO (ESTA NOTA FISCAL)

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUANTE	CONSUMO (kWh)
140794	CAT	11/07/2019	8.250,00	13/09/2019	8.421,00	52	1.00000		171,00

| MESMO ANO |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| AGO19 | 171 | | | | | | | | |
| JUL19 | 169 | | | | | | | | |
| JUN19 | 170 | | | | | | | | |
| MAR19 | 206 | | | | | | | | |
| ABR19 | 190 | | | | | | | | |
| MAR19 | 229 | | | | | | | | |
| FEV19 | 240 | | | | | | | | |
| JAN19 | 219 | | | | | | | | |
| DEZ18 | 232 | | | | | | | | |
| NOV18 | 242 | | | | | | | | |
| OUT18 | 248 | | | | | | | | |
| SET18 | 182 | | | | | | | | |
| AGO18 | 162 | | | | | | | | |

E4A2 84E9 28C2 49B7 185D 15AC E0B0 79EC

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peço ao ponto mais perto de você para mais detalhes. Fazendo isso, ele analisa TTF (tempo médio de permanência) e o consumo médio de energia das residências de sua vizinhança. Mais informações em www.mcti.gov.br - 'Meu endereço CDE' ou no site da Companhia Energética do Pernambuco (www.celpe.com.br).

Este documento é de natureza confidencial e é destinado ao consumidor final. Pode ser divulgado para outras pessoas somente com a autorização do consumidor.

Este documento é de natureza confidencial e é destinado ao consumidor final. Pode ser divulgado para outras pessoas somente com a autorização do consumidor.

ELEMENTO	DURADOURA E PRECISÃO DAS INFORMAÇÕES			PERÍODO DE TRABALHO		
	VALOR	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
DIC	0,00	8,43	12,88	21,73	220	-20,2
FIG	0,00	3,30	8,80	13,20	202	-22,1
DMC	0,00	3,11	8,00	12,00	220	-20,0

Linha DCR: 12,22 BUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 51,02

APENAS PARA USO EXCLUSIVO DO CONSUMIDOR

04 SET 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416>
 Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 44



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
ANTONIO MATEUS SOBRINHO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.478.384 / 77
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Antonio Mateus Sobrinho
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.478.384 / 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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:	ANTÔNIO TÔMÉ DE SOUZA	Número:	573	Complemento:	CASA		
Bairro:	SÃO CRISTÓVÃO	Cidade:	SERRA TALHADA	Estado:	PE	CEP:	56.903-220
E-mail:				Tel. (DDD):	89-9.9998-5477		

Local e Data:

SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

04 SET 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416>
Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 45



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e de fala de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO MATEUS SOBRINHO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.478.384 / 77

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.478.384 / 77 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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:	<u>ANTONIO TOME DE SOUZA</u>	Número:	<u>593</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>SAO CRISTOVAO</u>	Cidade:	<u>SERRA TALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>56.903-220</u>

Tel.(DDD): 87-9.9998-5477

Local e Data:

SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

04 SET 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416>
Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 46