



Número: **0089422-85.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	
<b>ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)</b>	
<b>PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57214 192	31/01/2020 10:26	<a href="#"><u>2687495_CONTESTACAO_01</u></a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 21<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo:** 00894228520198172001

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **04/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **31/05/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110262991900000056278477>  
Número do documento: 20013110262991900000056278477

Num. 57214192 - Pág. 1

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

### **DO MÉRITO**

#### **DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR**

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

<sup>3</sup>"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

#### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

*“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”*

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir-a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vínculo de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 04/04/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).



# 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:

23/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03536

CONTA: 000000020547-2

---

Nr. da Autenticação 6190AF2A9BEA4671

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

<sup>4</sup>RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>5</sup>Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110262991900000056278477>  
Número do documento: 20013110262991900000056278477

Num. 57214192 - Pág. 4

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

#### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

#### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demais pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

<sup>6</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

### **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do covênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 23 de janeiro de 2020.

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110262991900000056278477>  
Número do documento: 20013110262991900000056278477

Num. 57214192 - Pág. 6

### **QUESITOS DA RÉ**

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110262991900000056278477>  
Número do documento: 20013110262991900000056278477

Num. 57214192 - Pág. 7

**TABELA DE GRADAÇÃO**

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110262991900000056278477>  
 Número do documento: 20013110262991900000056278477

Num. 57214192 - Pág. 8

## **SUBSTABELECIMENTO**

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**, em curso perante a **21ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00894228520198172001.

Rio de Janeiro, 23 de janeiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110262991900000056278477>  
Número do documento: 20013110262991900000056278477

Num. 57214192 - Pág. 9



Número: **0089422-85.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	
<b>ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)</b>	
<b>PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57214 195	31/01/2020 10:26	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

3190390028

Faculta-se (H) título(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DIAS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
3 - NIF ou número no ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: VALDOMIRO MANOEL dos Santos		
5 - Nome completo:				

VALDOMIRO MANOEL dos Santos

3 - CPF: 347.506.974-00

6 - Profissão:	7 - Endereço:	8 - Cidade:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - CEP:	13 - Estado:	14 - CEP:	15 - Tel. (DDD):
16 - Email:				(81) 99304-6799

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 constarão anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPIANÇA	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE	
<input type="checkbox"/> Bradesco (337)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (114)	<input type="checkbox"/> Nome do BANCO:	
AGÊNCIA: 3536	CONTA: 20547	AGÊNCIA:
(Inserir o digito de verificação)	(Inserir o digito de verificação)	CONTA:

Autorizo à Seguradora Lider a checar se no banco bancária informada, de minha conta em que, o valor de indenização é feita diretamente ao meu nome.

### 22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO ODSM - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar a ausência definitiva Médico-Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização DPVAT por invalidade permanente, de que venho formalizar uma das opções:

- Não há IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não resido pendentes para fins do Seguro DPVAT;
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não resido pendentes para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regras da moradia ou da minha residência realta pendentes para fins do Seguro DPVAT.

Para motivo esclarecido, solicito o prorrogamento da validade do meu documento de identidade do Seguro DPVAT por mais de 90 dias, para que eu possa obter o seu documento de identidade, concordando, desde já, em não obstar a aplicação integral da conta da Seguradora Lider para verificação da minha condição de beneficiário descontos de impostos de trânsito, conforme art. 194/74, art. 25, §1º, daquele artigo que está autorizado a polícia federal convencionar com a futura entidade responsável pelo fornecimento de serviços de saúde.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Faleceu não da vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Casado(a) com:	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado(a) voluntariamente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Outro do caso da vítima:
25 - Gênero de Poderes de cura da vítima:	26 - Vítima é deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou curador(a), informar o nome completo:		

28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Nome:	30 - Vítima deixou não casados parceria?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Nome:	33 - Vítima deixou parceiros/vizinhos?	<input type="checkbox"/> Sim
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos:	30 - Vítima deixou não casados parceria?	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Não	32 - Vítima falecidos:	33 - Vítima deixou parceiros/vizinhos?	<input type="checkbox"/> Não

Este cliente da sua a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte todos os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, em todo território, ainda, de que qualquer remessa ou declaração não verifique poderá gerar a obrigatoriedade de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 243 da Lei Federal.

34 - Assinatura de quem assina o roteiro pedido:	35 - Nome legal de quem assina o roteiro pedido:	36 - CPF legal de quem assina o roteiro pedido:	37 - Assinatura da quem assina o roteiro pedido:
--	--	---	--

34 - Assinatura de quem assina o roteiro pedido:

35 - Nome legal de quem assina o roteiro pedido:

36 - CPF legal de quem assina o roteiro pedido:

37 - Assinatura da quem assina o roteiro pedido:

34 - Assinatura da quem assina o roteiro pedido:

35 - Nome legal de quem assina o roteiro pedido:

36 - CPF legal de quem assina o roteiro pedido:

37 - Assinatura da quem assina o roteiro pedido:

38 - 1º   Nome:	39 - 2º   Nome:
-----------------	-----------------

38 - 1º | Nome:

39 - 2º | Nome:

38 - 1º | Nome:

39 - 2º | Nome:

38 - 1º | Nome:

39 - 2º | Nome:

38 - 1º | Nome:

39 - 2º | Nome:

40 - Local e Data: Glória 26/01/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (separado)

42 - Assinatura do beneficiário (separado)





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064<sup>a</sup> CIRCUISCRÍPÇÃO - GLORIADO GÓTIÀ - DP6/PCIRC  
DINTER/12<sup>a</sup> DESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0154000528**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 31/05/2019 às 11:45

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 4/4/2019 às 14:00**

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE GLORIADO GÓTIÀ, 1, CAMPO ALEGRE, ESTRADA VICINAL PRÓXIMA A PE 50 - Bairro: ZONA RURAL - GLORIADO GÓTIÀ/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE  
VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a); DESCONHECIDO  
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a); VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

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

VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: REGINA MARIA DA PAZ Cordeiro Nasimento  
SH121949 Naturalidade: GLORIADO GÓTIÀ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 805993USDS/PE (RG), 2475067400 (CPF) Estado Civil: SOL TEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 081995338996

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE GLORIADO GÓTIÀ, 116, CAMPO ALEGRE 2 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GLORIADO GÓTIÀ/PERNAMBUCO/BRASIL

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

Qualificação da(s) objeto(s) envolvida(s):

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a); DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a); DESCONHECIDO  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Quantidade: 1 (UNIDADE)

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a); VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a);  
VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS  
Categoria/Marca/Modelo: OUTRA/MONARK/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Cor: VINHO - Quantidade: 1 (UNIDADE)

TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 402 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-017  
RECIFE - PE



Secretaria de Defesa Social - INPOPOL

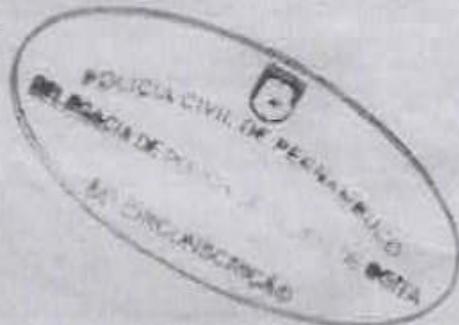
<https://security.sdp.es.gov.br/pemambuco/VitimaBO.do?idCh=1>

A VITIMA INFORMA QUE NO DIA 04/04/2019 VINHA SAINDO, DE BICICLETA, PELA ESTRADA DE TERRA QUE CHEGA ATÉ A RODOVIA PE 50, QUANDO UMA MOTOCICLETA PILOTA DA PORUM DESCONHECIDO, DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE VINHA EM SENTIDO CONTRARIO, BATEU E JOGOU A BICICLETA COMA VITIMA PARA A VALETA. A VITIMA FICOU CAIDA NO LOCAL, COM O PÉ ESQUERDO FRATURADO. QUASE NO POPULARES O ENCONTRARAM E LEVARAM PARA O HOSPITAL DE GLÓRIA DO GOSTA, A UNIDADE MISTA MARIA GAIÃO GUERRA. DELA, FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS EM RECIFE. O CONDUTOR DA MOTOCICLETA FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(na) unidade policial:

VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS  
(VITIMA)

*Valdomiro Manoel dos Santos*  
S.C. registrado por: JOBSON DOS SANTOS SILVA - Matrícula: 301.171-8



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

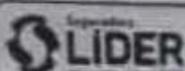
20 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 907 AL 1  
Ilha Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110263062800000056278480>  
Número do documento: 20013110263062800000056278480

Num. 57214195 - Pág. 3



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha seu tipo de cobertura:  DANOS (EXPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do documento: 247.506.974-00 Nome completo da vítima: **VALDOMINO MANOEL 203 SANTOS**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZER DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSEP 04-AE/2012)

Nome completo:	VALDOMINO MANOEL 203 SANTOS	CPF de vítima:	347.506.974-00
Profissão:	AGRICOLA	Endereço:	Fazenda Canjá AL 666
Barrio:	ZONA RURAL	Cidade:	GLÓRIA 20 GOIÁS
E-mail:	AGRICOLA	Estado:	PE
		CEP:	55620-000
		Teléfono:	(81) 29606-7965

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexo (ANEXOS COPIA).

### DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:  
 RENDIMENTO INCOMPLETO  ATÉ R\$1.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.000,01 ATÉ R\$10.000,00  
 R\$10.001,00 ATÉ R\$100.000,00  R\$100.001,00 ATÉ R\$1.000.000,00  
 ACIMA DE R\$1.000.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPLANÇA (informe para o beneficiário que não pode ser recolhido)  
 Banco do Brasil (BBB)  Itaú (ITU)  
 Banco do Brasil (BBB)  Caixa Econômica Federal (CEF)

CONTA CORRENTE (informe para o beneficiário)

Nome do BANCO: **BRASIL**

AGÊNCIA: **233** CONTA: **64720** Dígito: **9**  
 (informe o dígito se aplicável) (informe o dígito se aplicável) (informe o dígito se aplicável)

AGÊNCIA: **233** CONTA: **64720** Dígito: **9**  
 (informe o dígito se aplicável) (informe o dígito se aplicável) (informe o dígito se aplicável)

Autorizo o Segurador a liberar o crédito na conta bancária informada, de minha propriedade, o valor de indenização/Indemnização do Seguro DPVAT e queira fazer diretamente ao beneficiário (BRASIL), desde já e com exclusividade, a liberação do(s) crédito(s), destinado(s) ao(s) valor(s) recebido(s).

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que nesse imóvel/estabelecimento apresento o laudo devidamente feito pelo laudo de invalidade permanente.

O Seguro DPVAT por invalidade permanente, informo que **nenhum** tipo das seguintes:

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

Para melhor atendimento, informe o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, comprovando desde já, em que momento é realizada a perícia da Seguradora Lider para verificar a sua existência e quando é feita a respectiva documentação de aposição da trailler, conforme art. 8.39675, art. 19, §2º, declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou técnica ou direito de contradizê-la, caso desejante da sua comprovação.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (m. Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data da morte da vítima:

Único de Parentesco com a vítima: Última unidade com parentesco:  Sim  Não Se a vítima deixou herdeiros, informar o nome completo:

Vítima faleceu:  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: **0000** Vítima deixou herdeiros (casal nascido):  Sim  Não Vítima deixou genitais vivos:  Sim  Não

Estado Morte: Declaro à Seguradora Lider que é, de fato, de fato, e indenizará o Seguro DPVAT por morte única beneficiário que se apresentar e prever a sua constituição, necessário dentro, ainda, de que qualquer omisso ou declaração não verificada poderá gerar a diligência de restar a o valor necessário, ainda de que a apresentação da prova por indicação do artigo 235 do Código Penal.

Local e Data: **GLÓRIA 20 GOIAS (PE), 19/06/19**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS:  
 1º Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_  
 2º Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 TRACAO CORRETORA: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

20/06/2019

(\*) A vítima/beneficiário não apresenta documento comprobatório de pessoa identificativa, nome e endereço, para preencher a assinatura e assinar o presente formulário. A SEGURO DPVAT, no preenchimento de 2 (dois) documentos iniciais e finais, comprovando-se a identidade do beneficiário do seguro, não é necessária a apresentação de documento de identificação, nem é comprovante de residência de todos.

FPL/001 VOL1/2018

001 VIT - CEP - SEGURO DPVAT

Scanned by CamScanner

# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 04/04/2019 16:30

Nome Paciente:	VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS
Cod. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Masculino
Idade:	69
Senha:	PE0010
Convênio:	
Atendimento:	SAME

36554398

Período: 04/04/2019 16:31 - 04/04/2019 16:32

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 86261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM MIE APÓS COLISÃO BICICLETA X MOTO.

HAS:

DM:

ALERGIA NEGA:

GLORIA DO GOITA

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): -FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 6

05.802.494/0001-41  
TRAFÉO CORDEIRO  
DE SEGUROS LTDA  
73 31 710  
302 91 4200-1111 11 902 81  
304 91 4200-1111 11 902 81  
304 91 4200-1111 11 902 81  
304 91 4200-1111 11 902 81

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 86261 - FUNÇÃO:  
ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 04/04/2019 16:32

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110263062800000056278480>  
Número do documento: 20013110263062800000056278480

Num. 57214195 - Pág. 5

# 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: 23/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03536

CONTA: 000000020547-2

---

Nr. da Autenticação 6190AF2A9BEA4671



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110263062800000056278480>  
Número do documento: 20013110263062800000056278480

Num. 57214195 - Pág. 6

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Inscrição Estadual: 0005943-93 | [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

DADOS DO CLIENTE

VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
20 JUN 2018  
Rua da Aurora, nº 175, 5º 902 BL-C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE - PE

CPF: 247 506 974-00

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
044232543	ÚNICA	24/12/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA ISSUAÇÃO
24/12/2018	2001819205	6219270

CONTAS CONTRATO	MES/AÑO	7029928830	12/2018
DATA DE VENCIMENTO		03/01/2019	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
		23/01/2019	
		28,17	

# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 04/04/2019 16:30

	Nome Paciente: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS
	Cod. Paciente:
	Data de Nascimento:
	Sexo: Masculino
	Idade: 69
	Senha: PE0010
	Convênio: 56954388
	Atendimento: SAME:
Periodo: 04/04/2019 16:31 - 04/04/2019 16:32	
ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 86261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)	
Prioridade:	AMARELO - URGENTE
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM MIE APÓS COLISÃO BICICLETA X MOTO. HAS: DM- ALERGIA NEGA
Observação:	GLORIA DO GOITA
Fluxograma sintoma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador(es):	- FRATURA EXPOSTA?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- REGUA DE DOR: 6

05.802.494/8001-47  
TRABALHO CORDEIRO  
DE SEGUROS LTDA  
77.111-777-7777  
RUA DA ARENA, 777 - 54020-000  
POA/PR - CEP 80050-000  
FONE/FAX: (41) 3222-2000

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 86261 - FUNÇÃO:  
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/04/2019 16:32

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110263062800000056278480>  
Número do documento: 20013110263062800000056278480

Num. 57214195 - Pág. 8

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 705568

Prontuário: 1115738

Nome: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Data Nasc.: 05/12/1948

Idade: 69

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 809903

CNS: 705607411122912

Endereço: LOTEAMENTO CAMPO ALEGRE

Nº: 0

Bairro: CENTRO

Cidade: GLÓRIA DO GOITÁ

Estado: PE

CEP: 55620000

Fone: 82686898

Profissão:

Nome da Mãe: REGINA MARIA DA PAZ

Acompanhante: ANDREA

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5653388 REFERE DOR E DEFORMIDADE EM MIE APÓS COLISÃO BICICLETA X MOTO

Acidente de Trabalho: Sim  Não

ATENDIMENTO DATA: 04/04/2015 HORA: 15:43 h Médico:

Queixa Principal / HDA: **INCUBO COM NEVÍTICO DE TISSUM OTORRHOEAS**  
**6. FRINHADAS ICUV**

História do Trauma

Perda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emábito:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:					
Colisão:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:			Motorista <input type="checkbox"/>	Passageiro <input type="checkbox"/>	
Atropelamento:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto:					
Vítima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:			Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Altura m
Quimaduras:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:			Transporte Realizado por:		
Condições de imobilização inadequadas:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>				Por que:		

Observações:

14/04/2015 15:43

Exame Físico:

A. Geral: Via aérea está pélvia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp: C°

Sint. coluna: n/ agravos

B. Respiratório:

RR: l/s

C. Circulatório: PA mmHg P脉搏 bpm

A.O.I.

D. Exames Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MDE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Icoéricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora

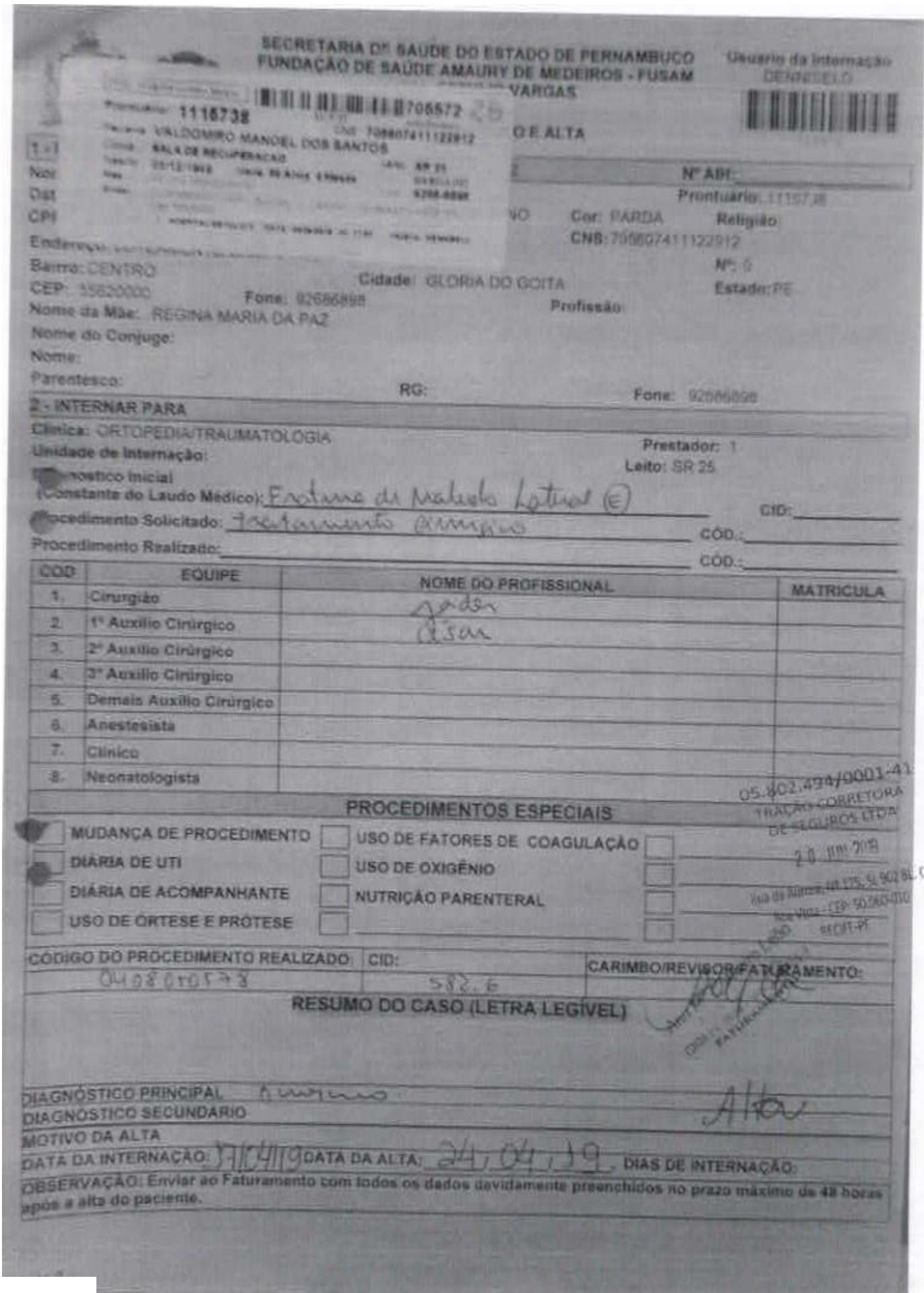
05-802-494/0001-A1

8/6/15

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS HTDA

20 JUN 2015

DATA DA AMPLIAÇÃO: 20/06/2015  
PRAZO DE VENCIMENTO: 07/07/2015  
PRAZO DE EXPIRAÇÃO: 20/06/2015



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110263062800000056278480>  
Número de documento: 20013110263062800000056278480

Núm. 57214195 - Pág. 10

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

NOME DA UNIDADE

Hospital

**LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH**

CARTÃO SIS:

Nome do paciente: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Registro:

1116594

Registro: 1115738

Data da operação: 17/04/2019

LUGAR DE NASCIMENTO:

MAC MAM

NOME DA MÃE:

RESIDÊNCIA:

RUA:

APT:

Bairro:

UF:

CEP:

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTANDO LESAO CORTO CONTUSA E DEFORMIDADE ARTICULAR EM Perna

ESQUERDA

EXAME FÍSICO: TORAX, FRAGÍLEZES CONVENCIONAL, DIRECIDO, RUMÉNICO.

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAME COMPLEMENTAR

PRINCIPAIS EXAMES HEMATOLOGICOS E COMPLEMENTARES:

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MALELO LATERAL ESQUERDO**

ANESTÉSICO PRÉ-OPERATÓRIO:

**FRATURA DE MALELO LATERAL ESQUERDO**

PROBLEMA PRINCIPAL:

DATA:

05.02.2019/0001-4

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

70 JUN 7-9

Rua da Alfândega, nº 25, CEP 50020-000

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE - PE

DATA:

data: 17/04/19

Dr. Adilson Cruz  
MÉDICO  
CREMEPE 27940

CAUSAS DA DETERMINAÇÃO:

ELETIVA

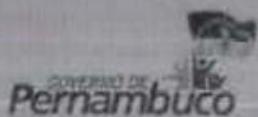
LARANJA DE ASSINATURA DO MÉDICO AUTONOMO

**PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS**

**AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR**

NOME DA UNIDADE:





## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Registro: 1115738

Data da operação: 17/04/2019

Operador: DR. JADER

Tº auxiliar: DR. CESAR MR4 ABILIO CRUZ MRI

Anestesista: PLANTONISTA

Diagnóstico Pré-Operatório:

FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

Tipo De Operação:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquitanesthesia;
- 2) Antissepsia + assepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Placa LCP com 12 furos em ponte sobre malcolo lateral + fixação com 4 parafusos corticais e 3 parafusos bloqueados
- 5) observado redução e fixação sobre fluoroscopia
- 6) Sutura de subcutaneo muscular com vicryl 2-0
- 7) Sutura de pele com nylon 2-0
- 8) Curativo estéril
- 9) Boa perfusão distal após o procedimento

Dr. Adílio Cruz  
MÉDICO  
CRM/PE 27980

05.802-494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

20190417

Sala da Automação, 10.175-SL-902-BL-1  
Sua Vista - CEP: 50.080-010

RCM/PE







**50**

HOSPITAL  
GETULIO VARGAS

Pernambuco

## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS REG: 1115738

DATA: 04/04/2019

• IRURGIÃO: DR TALES OLIM

1º auxiliar: DR ARISSON MR3

2º auxiliar: DR ABÍLIO CRUZ MR1

ANESTESISTA: DRA. ADELAIDE

Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

Tipo de operação:

LMC + REDUÇÃO CRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO

A TUBO TRANSARTICULAR + SUTURA

Descrição operatória:

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA;
- 2) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
- 3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS;
- 4) LIMPEZA COPIOSA COM SF 0,9%;
- 5) REDUÇÃO CRUENTA;
- 6) APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO A TABO TRANSARTICULAR;
- 7) SUTURA DE PELE COM NYLON;
- 8) CURATIVO ESTÉRIL;
- 9) OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL AO FINAL DO PROCEDIMENTO.

OBS:

FLUOSCOPIA NÃO DISPONÍVEL NA EMERGÊNCIA

AO GRUPO DO PE E TORNOZELO

Dr. Adrio C.  
MÉDICO  
CREMEPE 2726

05.802.494/0001-43  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS UPA

20 JUN 2019

Faculdade Anísio Teixeira  
Av. Senador Rui Palmeira, 1000  
Recife - PE  
CEP: 50.000-000



VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS		01115718	058029411172
T05872	MASCULINO	088.491-180	CLINICA ORTOPEDICA, ELETRONICA 105-57

### Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HOMO. PACIENTE VITIMA DO ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO LESAO CORTO CONTUSA EM PERNAS-ESQUERDA E DIREITA  
+/- FRACTURA LUXACAO EXPOSTA DE TORNOCZELO ESQUERDO.

Tratamento:

04/04/19 - FIXACAO EXTERNA TRAUMATICA DE TIZZI + IMC + UTRIA  
11/04/2019 - REALIZADO OSTEOSINTSE DEFINITIVA DA MALLEOLO LATERAL ESQUERDO.

GBS:

APOS VISITA DO GRUPO DE REHABILITACAO DECIDE-SE POR ALTA HOSPITALAR  
RETORNO COM 15 DIAS AO AMBULATORIO DE DR JADER  
USO DE MOLETAIS  
DEALEXIRATOR 7 DIAS

Condições Clínicas (no momento da Alta):

PACIENTE SEM QUIXAIS.  
AO EXAME: BRAZILIA ALERIA, LUXACAO HIDRATADA, ANICTERICO, APEBRIL. FO SEM SINAIS FLOGISTICOS.

DATA DA INTERNACAO	DATA DA ALTA
14/04/2019	24/04/2019

Recife, 24 DE ABRIL DE 2019

ASSINADO AUGUSTO RIMENTEL CRUZ - CRM: 49.27950

05.802.494/0001-41  
TRUCAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTD

20. JUN 2019

Rua da Aurora, 19 315 9 902 BL C  
BRAVIA - CEP: 50.060-010  
SCOFFETTI

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av Geraldo Soárez, 570 - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060  
CRM - 10.572-048/0005-51  
Fone - (81) 3184-5600



*BCA*

Secretaria de Saúde do Estado do Paraná  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

NOME DA MÃE:

SEXO:

DATA DE NASCIMENTO:

INFORMAÇÃO:

LATID:

MÉDICO REQUERENTE:

ICADE:

PERÍO:

ACTURA:

02 (DUAS) VIAS

DATA DE ALTA:

MOTIVO DA ADMISSÃO (APERTO MÉDICO INICIAL, CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

*Fratura / luxação pós expõe da tornozelo esquerdo*

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

PROCEDIMENTO REALIZADO (SE HOUVER): MARQUE NOVAMENTE.

DATA DA ADMISSÃO: *04.04.19*

DATA DA ALTA: *17.04.19*

DIAZINHO DE ALTA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

*0408050497*

CÓD:

*593.0*

DIAZINHO DE ALTA:

*pey 06*

ESPECIE:

1 CIRURGIA

2 1º AUXÍLIO CIRÚRGICO

3 2º AUXÍLIO CIRÚRGICO

4 ANESTESIA

5 SORVETE

NOME DO PACIENTE:

*Dr. Fábio Otton*

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

DIARIA DE ACOMPANHANTE:

NUTRIÇÃO PARENTERAL:

USO DE DRENOS E PROTETORES:

UNARIA DE UVI:

USO DE ANTICOAGULANTES DE COAGULAÇÃO:

USO DE CATETERES:

MELHORIA DE PROCEDIMENTO:

USO DE OXIGÊNIO:

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)  
ADADAS CLÍNICAS, PROCEDIMENTOS (DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS) REALIZADOS:

MEDIDAS DE UTILIZADAS DE ALTA:

DISPENSAS MEDICAMENTOSAS:

DISPENSAS FARMACIAS ALTA:

MOTIVO DA ALTA:  CURADO  MELHORADO  TRANSFÉRNCIA

OUTROS:

DATA:

*05.04.19*

PER:

*Yves*

EVOL:

*06*

*Porm/ 05.802.494/0001-A1*  
*TRACAO CORRETORA*  
*DE SEGUROS SAO*

*20.04.19*

*Rua das Flores, 10.375-51.102-000*  
*Bela Vista - CEP: 50.060-010*

*REF/PI*

ORIENTAÇÃO QUANTO ADESLAMENTO:

OBSEVAÇÃO: Entrar no hospital com todos os dados necessários para a sua internação. Atender ao atendimento de alta e uso da poltrona.

DATA:

MÉDICO RESPONSÁVEL:  
AUTOMATIZADO AUTOMATICO

Assinado Eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
https://pje.tjej.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110263062800000056278480



HOSPITAL

Getúlio Vargas

NOME DA UNIDADE

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



## LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

Nome: VALDÓMIRO MANOEL DOS SANTOS REG: 1115738

Data da operação: 04/04/2018

DATA	
HORA	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO LESÃO CORIO CONTUSA EM Perna ESQUERDA E DEFORMIDADE ASTICULAR.	

Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA LUARÃO EXPOSTA DE TORNozELO ESQUERDO

Tipo de operação:

EMR - FRATURA CRIENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO  
TRANSMÍTILAR - SUTURA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CARÁTER DA INTERNAÇÃO
	EMERGÊNCIA
DATA DA OPERAÇÃO	
Dr. Abílio Cruz MÉDICO CREMEPE 2795	05.802494/0001-43 CORRETORA DE SEGUROS LTDA

NOME DA UNIDADE

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS  
AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

20 JUN 2018

Ass. da Autora: 0917649961  
Ass. da Vida: 0911000010

AP-TRPC-001 SERIADO-HIV1001-V2301 | Assinado Digitalmente por ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Fone: 031311845





**Secretaria Municipal de Saúde  
Receituário**

Unidade de Saúde: Hospital Getúlio Vargas  
Nome: ORTOPEDIA Registro nº: \_\_\_\_\_  
Clínica: ST : 5655388 Enfermaria: \_\_\_\_\_

Evacuado o sr. Valdemiro Manoel dos Santos, 69 anos, com história de queda de bicicleta com trauma no tornozelo E e exposição de tendões e deformidade importante. PA = 120x80.

HD: Fratura Exposta de Tornozelo esquerdo

05.802.494/0001-4  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
20.000,00  
RJ 00-AETONI, 10 175 52-902 BL C  
Box Vista - RJ 00-060-0110  
011-5111-0110

Bartiria Bra  
M. 31.000,00  
G. 31.000,00  
Bartiria Bra  
M. 31.000,00  
G. 31.000,00

MÉDICO

Rua Senador Vigário de Carvalho, s/n - Centro CEP: 55620-000  
Fone: 81 3658.1156 | [www.sec.saudegloriadogolfo@hotmail.com](http://www.sec.saudegloriadogolfo@hotmail.com)  
CNPJ: 11.393.101/0001-96



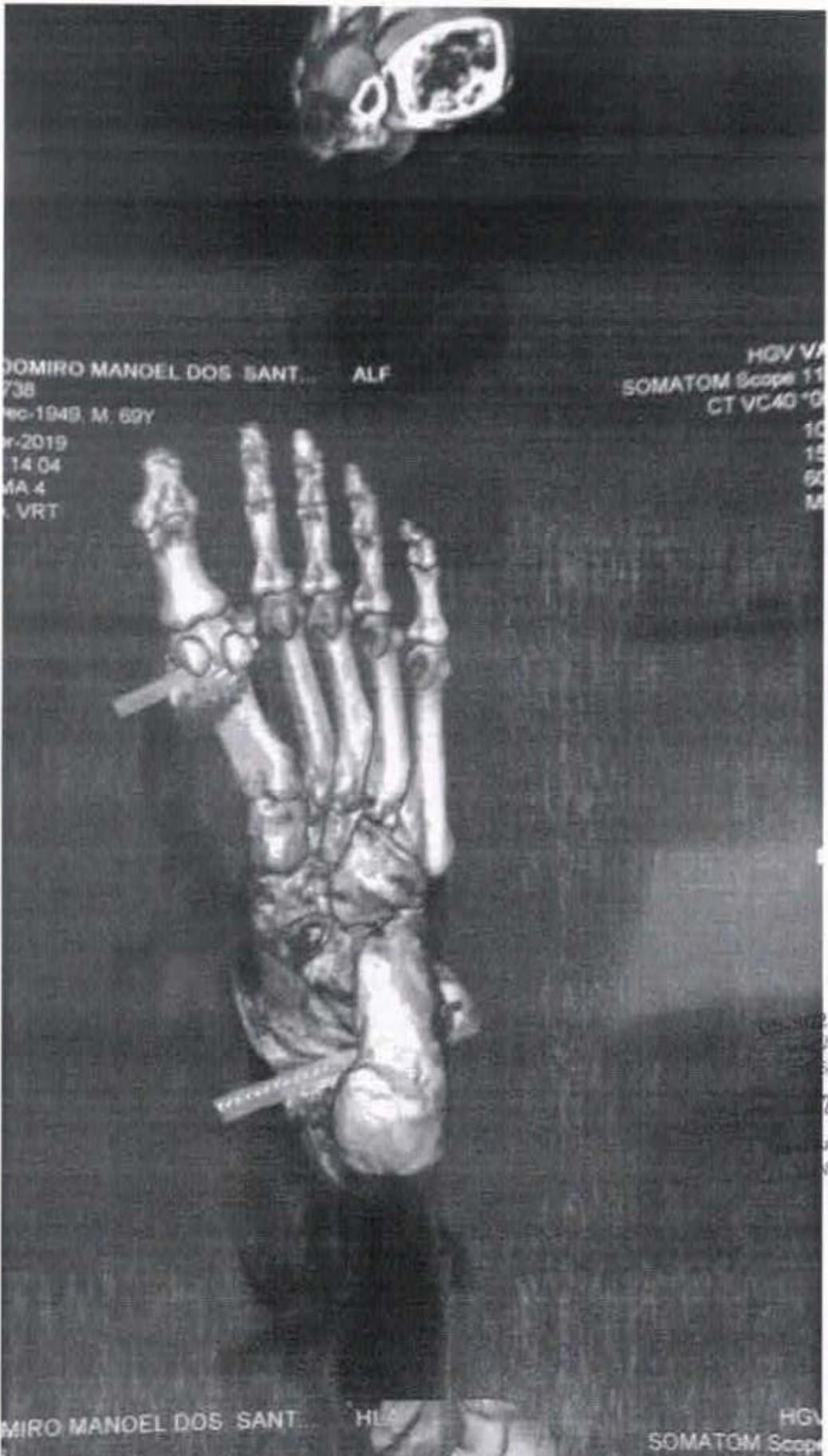


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110263062800000056278480>  
Número do documento: 20013110263062800000056278480

Num. 57214195 - Pág. 20



MIRO MANOEL DOS SANT

HL

HG  
SOMATOM Scop  
CT VC40

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110263062800000056278480>  
Número do documento: 20013110263062800000056278480

Num. 57214195 - Pág. 21

05.000-194/000-000  
TJ-RN  
05/01/2020

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP 50.060-010

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110263062800000056278480>  
Número do documento: 20013110263062800000056278480

Num. 57214195 - Pág. 22

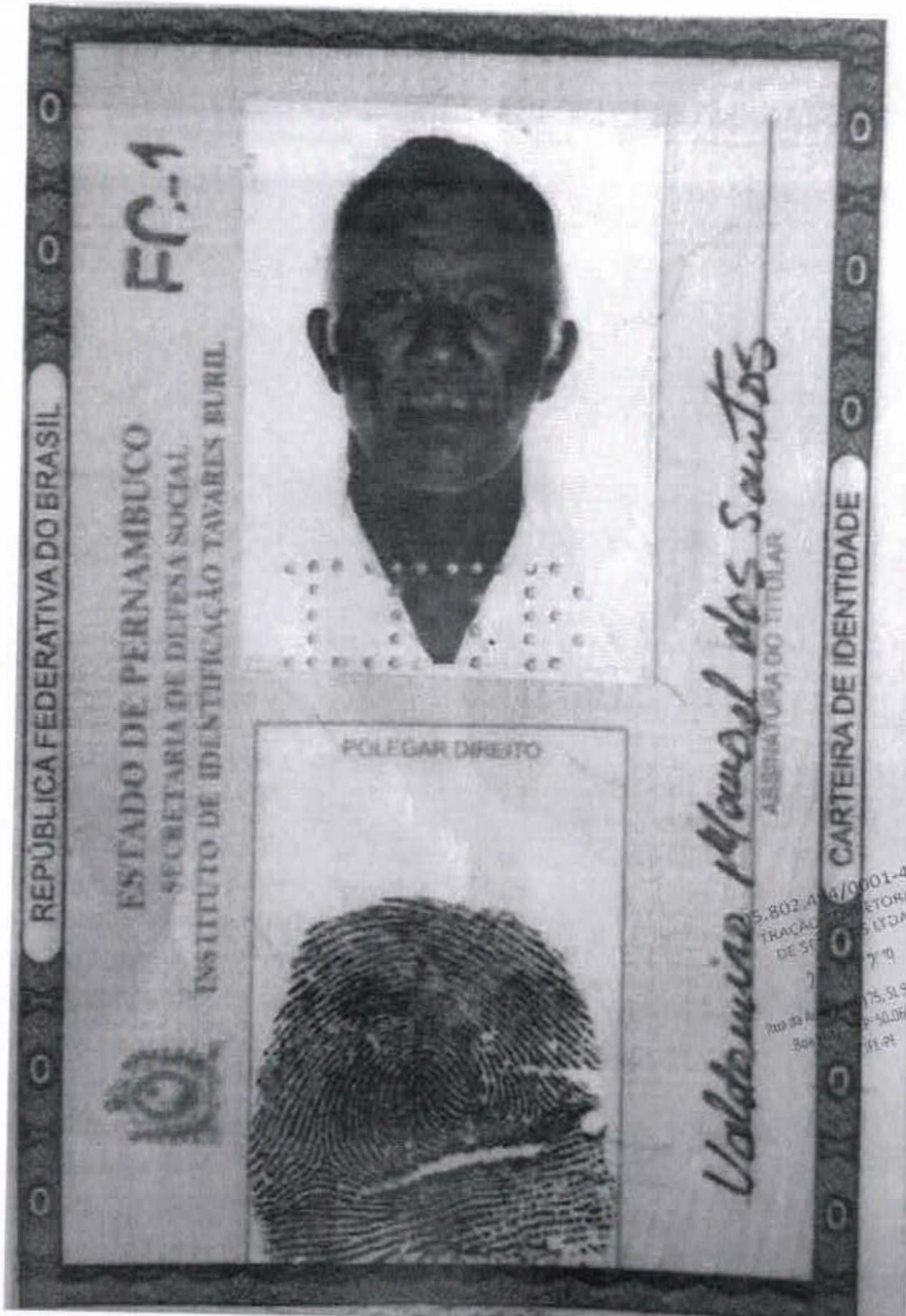


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110263062800000056278480>  
Número do documento: 20013110263062800000056278480

Num. 57214195 - Pág. 23



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110263062800000056278480>  
Número do documento: 20013110263062800000056278480

Num. 57214195 - Pág. 24

REGISTRO  
GERAL

809.903

NOME

<< VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS >>

PR. PIAUÍ

<< >>

<< REGINA MARIA DA PAZ >>

NATURALEZA:

GLÓRIA DO GOITÁ - PE

0011100 33 GLÓRIA DO GOITÁ - PE  
0011100 155 1968-1-00028-078  
<< 0744680155 1968-1-00028-078 >>

Bel. Janídir de S. Carneiro Leão  
Delegado Gerente do IITB  
247.506.974-00

ASSINATURA DO OPERADOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

F-57 27.151 - 4423

DATA DE  
EXPEDIÇÃO 21/09/2013

DATA DE NASCIMENTO

05/12/1949

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORREIO  
DE SERTÃOZINHO  
20110-000  
Rua da Aurora, 1035 - Centro  
80240-000 - Belo Horizonte - MG  
CEP 31250-000

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190390028      **Cidade:** Glória do Goitá      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS      **Data do acidente:** 04/04/2019      **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍTESE - PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 4/5/8\_CIRURGIA

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190390028      **Cidade:** Glória do Goitá      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS      **Data do acidente:** 04/04/2019      **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 4/5/8\_CIRURGIA

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





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, 21 de Junho de 2019**

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190390028 Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

**Data do Acidente:** 04/04/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14477495



Pág. 00955/000956 - carta 01 - INYAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110263062800000056278480>  
Número do documento: 20013110263062800000056278480

Núm. 57214195 - Pág. 28



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, 08 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190390028 Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGUIAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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. 01031/01032 - carta 25 - INVALIDEZ

00020516



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pj.e.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001311026306280000056278480>  
Número do documento: 2001311026306280000056278480

Núm. 57214195 - Pág. 29



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, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190390028

Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag: 01739/01740 - carta\_03 - INVALIDEZ



00050870

Carta nº 14649486



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110263062800000056278480>  
Número do documento: 20013110263062800000056278480

Num. 57214195 - Pág. 30



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, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190390028 Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

**Data do Acidente:** 04/04/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**

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

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003536

Conta: 0000020547-2

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110263062800000056278480>  
Número do documento: 20013110263062800000056278480

Núm. 57214195 - Pág. 31



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

3192/390028

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
NP do sinistro ou AGI:				
CPF da vítima:		2942306.974-00		
Nome completo da vítima: Valdomiro Manoel dos Santos				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012				
Nome completo: Valdomiro Manoel dos Santos				
Profissão: RGW		Endereço: Fazenda Campo Aliança		
Bairro: Fazenda Aliança		Cidade: Glória do Rio 60174		Estado: RJ
E-mail: RGW		CEP: 255620-000 Tel (DDD): (21) 44304-6299		
Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXO CÓPIA).				
DADOS CADASTRAIS				
RENDIMENTO:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECONDUZ INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> SEM REVENHO <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00				
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos: Itaú, Bradesco e Banco do Brasil) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (233) <input type="checkbox"/> Itaú (041) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (106)				
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Sóletro ou Banco)      Nome do Banco: PagSeguro Internet S/A (290) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (233) <input type="checkbox"/> Itaú (041) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (106)				
AGENCIAS: (0001)      CONTA: 03106332-4 <small>(Inserir o dígito de verificação)</small>				
<small>(Inserir o dígito de verificação)</small>				
Autentico a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que me tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o mesmo à efetivação da crédito, quitação total do valor recebido.				
DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [selecionar uma das opções]:				
<input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza preços para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza preços para fins do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concedendo, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 9.522/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso surzeire do seu conteúdo.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Vôo      Data da óbito da vítima:				
Grava de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Se tiver filhos, informar quantos: <input type="checkbox"/> Vítima deixou herdeiros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Vítima deixou netos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Vítima deixou pais/vôos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Este atestado de morte a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte legítimos beneficiários, que apresentarem e provarem sua condição, quando da apresentação da declaração de morte. A declaração de morte não validada poderá gerar a abrigação de recursos e/ou valor recebido, além da responsabilidade criminal por infusão do artigo 299 do Código Penal.				
Local e Data: Glória do Rio 60174-000, 23/01/19 Nome: _____ CPF: _____ <small>(*) Assinatura de quem assina o RG</small> <small>* Valdomiro Manoel dos Santos</small> <small>Assinatura da vítima/beneficiário (eletrônica)</small>				
Assinatura do Representante Legal (se houver)      Assinatura do Procurador (se houver)				
<small>(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escanear outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar as ciências do intuito do ato de testemunhar, antes do preenchimento e assinatura.</small>				
<small>NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS</small>				
FPS.001 V001/2018				

Scanned by CamScanner

Instituição: 290 - PagSeguro Internet S.A.

Tipo: Conta de pagamento

Agência: 0001 Conta: 03106332-4

Instituição: 290 - PagSeguro Internet S.A.

Agência: 0001 Conta: 03106332-4

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
23 JUN 2019  
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C  
Bela Vista - CEP: 50.060-010  
RS/CFT-PR

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110263062800000056278480>  
 Número do documento: 20013110263062800000056278480

Num. 57214195 - Pág. 32



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Taxista e/ou Operador de colheitadeira

 DANN DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIA INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

NP da Vítima ou P.C.

CPF da vítima

Nome completo da vítima:

247.506.974-00 Valdomiro Manoel dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 46/2012

Nome completo:

Valdomiro Manoel dos Santos

247.506.974-00

Profissão:

Agro

Inscrição

Fazenda Campo Alves

Número

Complemento:

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Glória do Goiás

Estado:

PE

55629-000

E-mail:

None

(81) 99604-7968

## DADOS CADASTRAIS

RENDAS MENSAL

 RECLUSO INFORMAL ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$7.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POLIVIÁNCIA (somente para os beneficiários que possuem uma conta) Banco do Brasil (233) Bradesco (341) Banco do Brasil (381) Caixa Econômica Federal (304) CONTA CORRENTE (Indicar o nome)

Nome do BANCO:

BRASIL

AGÊNCIA:

233

CONTA:

64720

9

(Informar o dígito de senha)

Assinante à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de maneira irreversível, o valor da indenização/mortevida do Seguro DPVAT a que é direito (índice), reconhecendo a dívida, desde que o beneficiário adote a efetivação do crédito, devolvendo todo o valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Garante, sob a pena de lei, que não impossibilita o apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o ato de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **desconhece terem sido aplicadas**: Não há IML que atende a região do acidente no dia minha residência, ou O IML que atende a região do acidente no dia minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente no dia minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da perda.

Atento ao assunto, soube o seu compromisso de encaminhar o laudo de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, corroborando, desde já, em sua habilitação a avaliação médica da cultura da Seguradora Lider para a indicação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme o art. 12º, §7º, art. 17º, §1º, descrevendo que esta autorização não significa privá-la da cobertura com a fiança médica ou renegar os direitos de contestação caso não houver o seu cumprimento.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (não Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Date da morte da vítima:Gênero do Parentesco com a vítima: Vítima faleceu (compartilhando):  Sim  Não Se a vítima faleceu (compartilhando), informar o nome completo:Último nome (Civil):  Sim  Não Se a vítima faleceu, informar qual nome: Vítima faleceu (não casada):  Sim  Não Vítima faleceu (não casada):  Sim  Não

Último nome (de quem a Seguradora Lider pagará): não informa. A indenização do Seguro DPVAT por morte de vários beneficiários que se apresentarem e provarem sua identidade, encarecerá ainda mais. De que maneira a indenização não serviria a protegerá para que o valor recebido seja destinado ao seu beneficiário, visto que a responsabilidade civil não é da Seguradora Lider.

Local e Data: Glória do Goiás (PE), 19/06/14  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura da quem assina o RG  
 \* Valdomiro Manoel dos Santos  
 Assinatura da vítima/beneficiário (electrônica)

TESTEMUNHAS:  
 1º) Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura  
 2º) Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: 05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

2019-06-19

(\*) A vítima/beneficiário não informou o nome de nenhuma outra pessoa identificável, maior de idade, para descrever a natureza da cobertura necessária. A Seguradora Lider, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e legais, comprometendo-se a dar a indicação do laudo da perícia, informa descreverá a mesma e a mesma  
 NECESSARIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDENCIA DE TOSSES.

Itaú Vida - CEP: 50000-000

REC-14

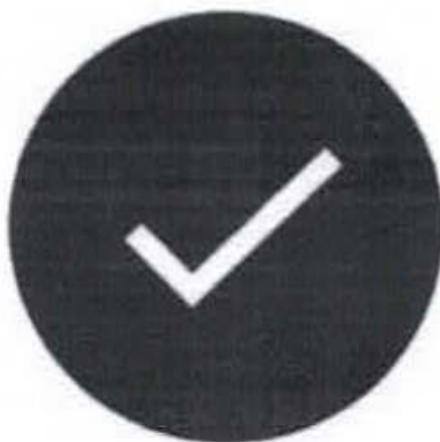
07/06/2018

Scanned by CamScanner



Bem-vindo ao  
**Banco do Brasil**

Agência: **233-X**  
Conta: **64720-9**



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C

Bela Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

**Obrigado, !**

Estamos analisando o seu cadastro

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:26:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110263062800000056278480>  
Número do documento: 20013110263062800000056278480

Num. 57214195 - Pág. 34