



Número: **0086738-90.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 5.906,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---|--------------------|---|----------------|
| VALERIO MANOEL DA SILVA (AUTOR) | | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO) | |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU) | | | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 57117 651 | 29/01/2020 14:48 | 2687651_CONTESTACAO_01 | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00867389020198172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Av. Das Nações Unidas, 11.711 - 21º Andar - Brooklin Paulista - São Paulo - SP - CEP: 04578-000, inscrita no CNPJ sob o número 61.074.175/0001-38 e **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 **VALERIO MANOEL DA SILVA**, 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 **13/07/2016**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 24/11/2016.

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



Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexa causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora não comprova qualquer acompanhamento ou tratamento medico que ateste a existência de invalidez permanente.

Cumpra 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 descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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/2015¹, 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/2015².

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.

¹[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.

²[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;



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, CPC³.

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

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

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS

A Lei que regula a indenização pleiteado pelo Autor é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

O autor apresentou sua tese de maneira simplista, pois segundo ela, bastaria informar ao juízo que a fora acometida de acidente automobilístico e sofre com dores em decorrência do sinistro.

Em contrapartida, verifica se na presente demanda que não há qualquer documento corroborando a suposta invalidez permanente, o autor não demonstra qualquer tratamento médico ou qualquer acompanhamento, fisioterapia o qual atestasse que o membro não exerceria a função da mesma forma natural.

Desta forma, sempre que um problema jurídico vai ter na indagação ou na pesquisa da causa, desponta a sua complexidade maior.

Mesmo que haja culpa e dano, não existe obrigação de reparar, se entre ambos não se estabelecer a relação causal.

Portanto, como não há nexo causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, I, da Lei Processual Civil.

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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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, foi apurada a seguinte lesão:

³“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)



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3170022485 Cidade: São Joaquim do Monte Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: VALERIO MANOEL DA SILVA Data do acidente: 13/07/2016 Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do terço distal da fíbula esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa-se de dor no tornozelo esquerdo. Ao exame apresenta marcha claudicante, edema local (+/+4) e redução da flexão dorsal à 15°, flexão plantar à 35°, abdução à 5° e adução à 35° do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento conservador.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira Campos

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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 leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

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 irretroatável 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 desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquirir a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício 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 ressaltar 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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 **13/07/2016**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), conforme demonstrado abaixo:**

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: | 29/03/2017 |
| NUMERO DO DOCUMENTO: | |
| VALOR TOTAL: | 843,75 |

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALERIO MANOEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04635

CONTA: 000000000854-6

Nr. da Autenticação 65BCC91669D7D48E

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 parciais⁴.

⁴ 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 HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA



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 STJ⁵.

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.

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; e

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\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO 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 citação⁶.

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 ação⁷

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.

⁵ **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.”

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



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 demasiado 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.

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

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

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 a 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 honorários 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 convênio 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 exposto 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

⁷ art. 1º. (...)

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



Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 22 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/01/2020 14:48:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914483776800000056184135>
Número do documento: 20012914483776800000056184135

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.



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 | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00 |
| 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 esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica | | | | | |
| 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 | 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 superiores e/ou de uma das mãos | | | | | |
| 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 | R\$ 3.375,00 | R\$ 2.531,25 | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75 | R\$ 337,50 |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo | | | | | |
| 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 | R\$ 1.350,00 | R\$ 1.012,50 | R\$ 675,00 | R\$ 337,50 | R\$ 135,00 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | | | | | |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço | | | | | |



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **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 n.º 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 **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **VALERIO MANOEL DA SILVA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00867389020198172001.

Rio de Janeiro, 22 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





Número: **0086738-90.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 5.906,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---|--------------------|---|--------------------|
| VALERIO MANOEL DA SILVA (AUTOR) | | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO) | |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU) | | | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 57117 654 | 29/01/2020 14:48 | ANEXO 1 | Outros (Documento) |



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jerônimo Manoel da Silva, portador(a) do RG nº 5.293.486, expedido por SDS/PE, em 18 / 07 / 2008, CPF/CNPJ nº 266.635.798-86, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Valério Manoel da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Valério Manoel da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor - A Renda Mensal: R\$ Recusou-se

Documentos comprobatórios: Recusou-se 05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Jerônimo Manoel da Silva 04 JAN. 2017
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a ficha de Emergência
Nº 322.949 do(a) Paciente: Valério Manoel da Silva
Documentação de identificação nº 8672.938 Org. Exp SBD S
Data de exp 13/11/2008 Nascido em 26/07/1991 Filho(a) de
Manoel Pedro da Silva e Esmeralda Lacerda da Silva

Onde conta que o (a) é agricultor(a) é verídico e encontra-se á disposição do INSS
para diligência.

Obr: Por erro pessoal Valério Manoel da Silva
Data de nascimento 26 de julho 1991

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

São Joaquim do Monte, 18/08/16

Jaime G. da Silva Júnior Jaime G. Júnior
Diretor Administrativo

Av. Estácio Coimbra Nº 45 CEP – 55670-000 Fone: 3753-1118
São Joaquim do Monte – CNPJ.: 10.122.661/0001-43 | Pernambuco | Brasil



PREFEITURA DE
SÃO JOAQUIM DO MONTE
NOVO RUMO NOVA CIDADE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 13.07.19 Hora 22:25 Registro 322.949
Nome Valeiro Manoel da Silva
Data de Nascimento 27.07.93 Idade 24 anos Sexo M
Endereço/ Procedência Sítio - Pacas
Naturalidade _____ Profissão Agricultor Cor Parda
Responsável O mesmo Identidade _____

Peso PA Temp PA Pulso PA FC PA FR PA HGT PA

Queixa Principal Vibração quebra do dente

Dados Clínicos _____

Rejane de Jesus Silva
Téc. em Radiologia
COREN-PE 0443.284

Hipótese Diagnóstica Refratário de produção?

Exames Solicitados _____

Tratamento Proposto Tratamento com Laser - CO

Exames Físicos Exatidão, tato - CO

Exatidão, tato - CO

Evolução / Prescrição 05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Diagnóstico Inicial Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Diagnóstico Definitivo Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

DESTINO DO PACIENTE

Internado p/ observação ☐

Liberado p/ Residência com medicação aplicada ☐

Liberado p/ residência c/ medicação prescrita ☐

Transferência p/ outra cidade ☐

Alta pedido ☐

Óbito ☐

Transferido para _____

Revisão: 13.07.19

Avenida Estácio Coimbra Nº 45 - CEP: 55670-000 Fone: 3753-1118

São Joaquim do Monte - CNPJ: 10.122.661/0001-43





Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GRUPO
IMIP
HOSPITALAR

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: VALERIO MANOEL DA SILVA

Atendimento: 00880894

Data Nascimento: 26/07/1991 Idade: 24 Anos, 11 Meses e 18 Dias

Prontuário: 00380217

Sexo: Masculino

História Atual:

TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO

Exame Físico:

DOR

Exames Complementares/Resultados:

VER RX

Hipóteses Diagnósticas:

FRATURA TORNOZELO ES

Conduta:

TALA ORIENTAÇÃO

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO:

☐ SIM

☒ NÃO

Transferido / Encaminhado para:

43 -TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Motivo:

A TRAUMATOLOGIA

Data: 14 DE JULHO DE 2016

Hora: 11:37

1.0002.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Rua do Aurora, 175, SL 902 BL. C

Sto. Vitor - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Ass. e CRM do Médico
Dr(a): NILTON PEREIRA DE BARROS
CRM - 10660

Av. José Marques Fontes, 511

Centro. Leopoldina - F. TELER. CARUARU-PE - CEP: 55026-530



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: 278665

Religion:

CNS: 702905536986476

Nº: 0

Estado: PE

Profissão: AGRICULTOR

Acompañante:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Percento com histórico de quedas de tensão, com e sem
soluções no TNE erg. + dia não erg

Exhibit 1: 1998-1999

Rx da mão / punho com ^{pp}ablação

FC

FR-

R_x de TWZ case fracture de materialu latet (materialu)?

Diary. Provisorio.

f_x true avg.

Prescription:

Diet:

Data

Horário

Relaxen Lohr & Calocore gress Lohr

14 JUL 1966

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

٢٠٠٠

REF-PF



91

[illegible]☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Date: / /

Assinatura

☐ Paciente ☐ Familiar

Name: _____ RG: _____

Endereço: _____ RG: _____
Tel: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

☒ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evadilho-se ☐ Torno de Alta e Pedido

() Transferência: _____ () Internamente

_____ Internamento _____

() Cursado ()

() Curado ☒ Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: / / Hora: 00:00:00

CRM:

2022-11-14 14:55 PM
Page 2

Usuário do Afundimento
REJANESS

05.802.434/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE



AMBULATORIO: 0414-4384

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Valerio Manoel Silva

Prontuário: 278665

Data: 14/07/2018 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Rx minilêdo lateral (Weller E) art. fechada =

~~AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:~~

Em 30 dias

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

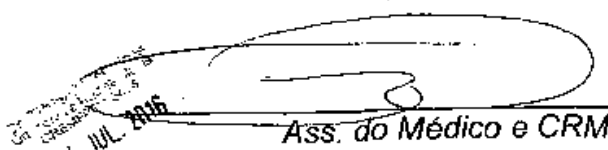
TRATAMENTO REALIZADO:

Gusso Beta

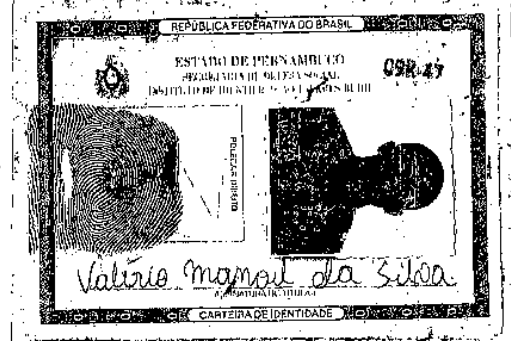
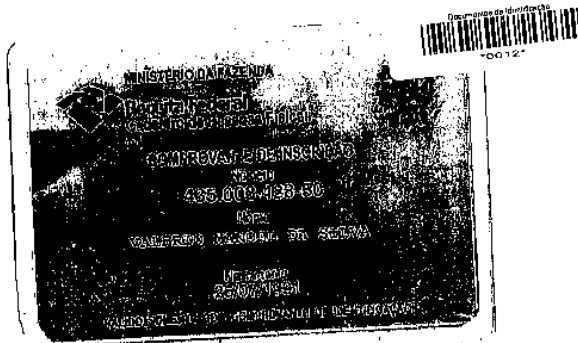
05-10-16

Dr. Valter Barros
9:30 -

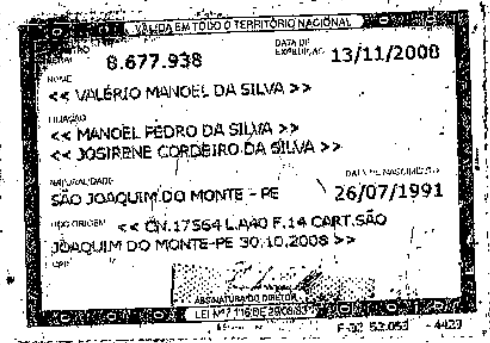
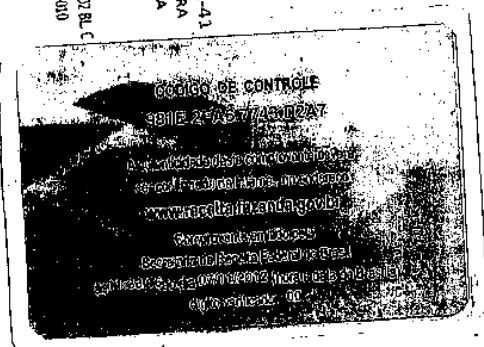
Alta Hospitalar: Data: / / Hora: _____

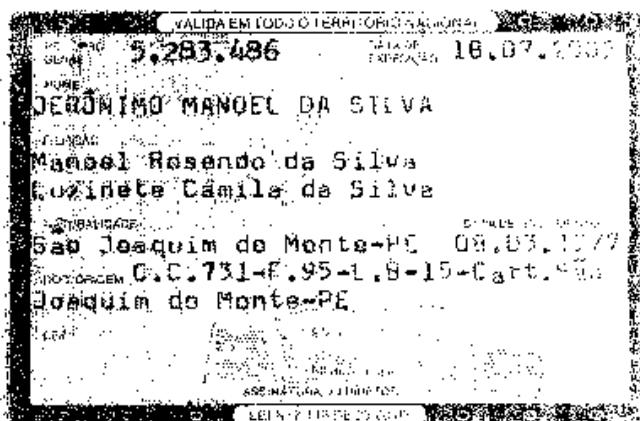
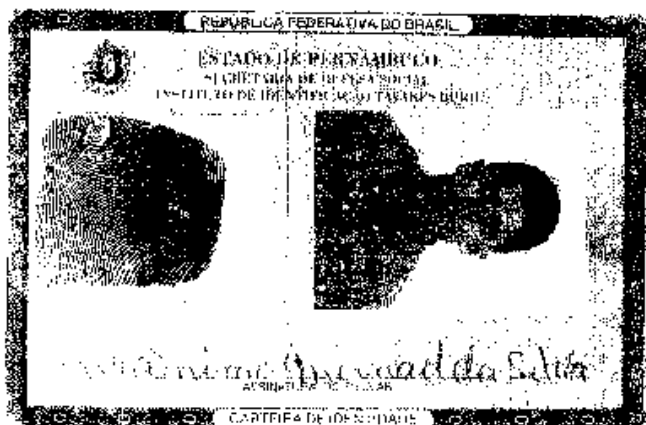

Ass. do Médico e CRM





05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
04 JAN. 2017
Rua da Aurora, Nº 115, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
266.635.798-86

Nome
JERONIMO MANOEL DA SILVA

Nascimento
08/03/1977

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



0012

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012238461614
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

COD. RENAVAM 132285928 RNTRO ***** EXERCÍCIO 2016

NOME VALERIO MANOEL DA SILVA

CARUARU-PE

435.003-428-50 RNF7644

PLACA ANT./UF ***** 9222 132285928

ESP. VEÍCULO: 333 NOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS ESD 2008 2009

CAP/EST/CIL: 20/1430L CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

VEIC. ÚNICA: 12VA 2016 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1ª *****

PARCELAMENTO/COTAS: 2ª ***** 3ª *****

PAGAMENTO: PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

CARUARU-PE 20/06/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SISTEMA GERENCIADOR DE SEGUROS E SEGUROS PARA VEÍCULO
LICENCIAMENTO DE VEÍCULO E REGISTRO DO PROPRIETÁRIO (ARCA APRESSADA)
TRANSMISSÃO E TÁBUA DO SEGURO DPVAT

PE Nº 012238461614 BILHETE DE SEGURO DPVAT
VALERIO MANOEL DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES
VISITE O SITE

www.dpvatsegui

SAC DPVAT 0800 022 1204

CARUARU-PE EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 20/06/16

VEIC. 1ª 435.003-428-50 RNF7644

RENAVAM 132285928 MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB 2009 92 9C2KD04109R010304

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DEN. (R\$) CUSTO DO S- (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) OF (R\$) TOTAL DO S- (R\$)

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.000/0001-04

www.seguradomalider.com.br

DETRAN/PE - BILHETE DPVAT
RNF NAO E H. PORTA GERENCIADOR

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN, 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170022485 **Cidade:** São Joaquim do Monte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALERIO MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 13/07/2016 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de tornozelo esquerdo submetido a tratamento conservador de imobilização com tala gessada

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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

Nome do(a) Examinado(a): **VALERIO MANOEL DA SILVA** Sinistro: **3170022485** Data: **13/07/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **SI PACAS, 540, VILA PACAS - SANTO ANTONIO - Camocim de São Félix - PE - CEP 55665-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds** / **PE**] **5283486**

Data local do exame: [**24/03/2017**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura do terço distal da fíbula esquerda. Vítima queixa-se de dor no tornozelo esquerdo. Ao exame apresenta marcha claudicante, edema local (+/+4) e redução da flexão dorsal à 15°, flexão plantar à 35°, abdução à 5° e adução à 35° do tornozelo esquerdo.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Quadro submetido a tratamento conservador.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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):
Tornozelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

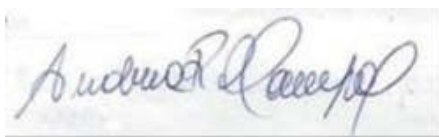
Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - PE



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170022485 **Cidade:** São Joaquim do Monte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALERIO MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 13/07/2016 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do terço distal da fíbula esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa-se de dor no tornozelo esquerdo. Ao exame apresenta marcha claudicante, edema local (+/+4) e redução da flexão dorsal à 15°, flexão plantar à 35°, abdução à 5° e adução à 35° do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento conservador.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira Campos

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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 leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PRESTADOR

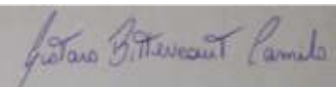
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10333242

A/C: VALERIO MANOEL DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170022485 ASL-0004009/17
Vítima: VALERIO MANOEL DA SILVA
Data Acidente: 13/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JERONIMO MANOEL DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **13/07/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00091/00092 - carta_03



Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10335411

A/C: VALERIO MANOEL DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170022485 ASL-0004009/17
Vitima: VALERIO MANOEL DA SILVA
Data Acidente: 13/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JERONIMO MANOEL DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01773/01774 - carta_01



Rio de Janeiro, 17 de Março de 2017

Carta nº: 10677559

A/C: VALERIO MANOEL DA SILVA

Sinistro: 3170022485 ASL-0004009/17
Vítima: VALERIO MANOEL DA SILVA
Data Acidente: 13/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JERONIMO MANOEL DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00629/00630 - carta_02



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº: 10778364

A/C: VALERIO MANOEL DA SILVA

Sinistro: 3170022485 ASL-0004009/17
Vitima: VALERIO MANOEL DA SILVA
Data Acidente: 13/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JERONIMO MANOEL DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VALERIO MANOEL DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000004635

Conta: 00000854-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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 |
|--|-----|--------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01569/01570 - carta_15R





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da Indenização no banco.

EU, Valéria Manoel da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 8.677-932 EXPEDIDO POR SPG/PE EM 13/11/2009
 CPF 435003488-50 /CNPJ 00000000-0000-00 PROFISSÃO Recebeira
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recebeira NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valéria Manoel da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME, MICROEMPRESA, EPP, ETC.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4635 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 854-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Camecim 28 de Dezembro de 2016
 LOCAL E DATA

Valéria Manoel da Silva
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

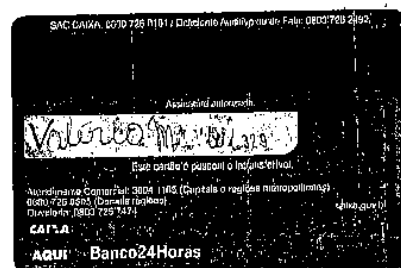


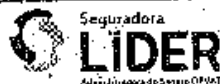
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetranalto.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



J5.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
04 JAN 2017
Rua da Aurora, nº 175, SL 502 BL C
Boa Vista - CEP: 50.080-000
RECIFE-PE





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Valério Manoel da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 8.677.938 EXPEDIDO POR _____ EM _____/_____/_____. ECPF 435003428-50 / CNPJ _____, PROFISSÃO Recebeu-R

É RENDA MENSAL DE R\$ Recebeu-R NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / RÉEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valério Manoel da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou SEGUROS LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com este documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4635 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 859-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Belem22de Fevereirode 2016

LOCAL E DATA

Valério Manoel da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT (0800-0221204).



CAIXA
CORRESPONDENTE

AUTO-ATENDIMENTO - Ag Bezerros
DATA: 24/01/2017 HORA: 14:57:00
TERMINAL: 21921572 CONTROLE: 219215720221

AGÊNCIA: 4635 - CASTELO BRANCO
CONTA: 013.00000654-6
CLIENTE: VALERIO MANOEL DA SILVA

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 MAR 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE -
DP97ªCIRC DINTER1/14ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0187000639

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/11/2016** às **15:14**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **13/7/2016** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOAQUIM DO MONTE, 01, AVENIDA AMARO CABRAL DOS SANTOS, BAIRRO DO AREAL** - Bairro: **CENTRO** - **SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **MERCADINHO DO VAVA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**SEM AUTTORIA (AUTOR (AGENTE)
VALERIO MANOEL DA SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **VALERIO MANOEL DA SILVA**

**05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**

**04 JAN. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE**



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

VALERIO MANOEL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSIMERE CARDEIRO DA SILVA Pai: MANOEL PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 26/7/1991 Naturalidade: SAO JOAQUIM DO MONTE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8677938/SDS/PE (RG), 43500342850 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 540, VILA PACAS / SANTO ANTONIO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL

SEM AUTTORIA - 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)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALERIO MANOEL DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALERIO MANOEL DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHF7644** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **152285946** Chassi: **9C2KD04109R010069**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

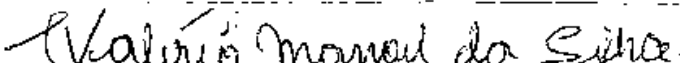
24/11/2016 15:09



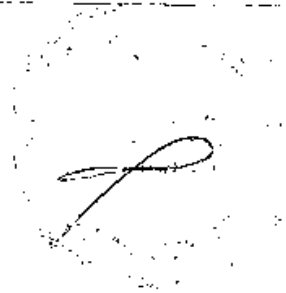
Complemento / Observação

A VITIMA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA AVENIDA ACIMA DESCRITA VINDO DO CENTRO DA CIDADE COM DESTINO A SUA RESIDÊNCIA, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO MERCADINHO DE VÁVA, A VITIMA PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA, BATEU EM UMA PAREDE DE UMA CASA E CAIU AO CHÃO, ALEGA A VITIMA TER SIDO SOCORRIDO POR POPULARES E QUE FOI LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE, LOCAL ESTE ONDE FOIU ATENDIDO, MEDICADO E EM SEGUIDA LIBERADO COMO CONSTA NA FICHA COM REGISTRO DE Nº 322.949, QUE NO DIA SEGUINTE A VITIMA NÃO SE SENTINDO MELHOR, PROCUROU ATENDIMENTO NA UPB ESTADUAL CONFORME CPNSTA NO PRONTUÁRIO DE Nº 00380217 REGISTRADO NO ATENDIMENTO DE Nº 00880894 DA REFERIDA UNIDADE MEDICA, E PRONTUARIO DE Nº 278665 DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, NADA MAIS A DECLARAR.

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


VALERIO MANOEL DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  - Matrícula: 1581678



24/11/2016 15:09



Cartão de Identificação de 1941

Num. 57117654 - Pág. 24



Desenvolvimento médico Hospitalar

PREFEITURA DE
SÃO JOAQUIM DO MONTE
NOVO RUMO NOVA CIDADE

BOLETIM DE Ocorrência/Serviços de Emergência

Data 13/07/16 Hora 22:25 Registro 322-949

Nome Valter Manoel da Silva

Data de Nascimento 27-07-91 Idade 24 anos Sexo M

Endereço/Procedência Sítio - Pacas - C.

Naturalidade _____ Profissão Agricultor Cor Parada

Responsável O mesmo Identidade _____

Peso PA Temp _____ Pulso _____ FC _____ FR _____ HGT _____

Queixa Principal Urticária (quebra do alho)

Dados Clínicos _____

Hipótese Diagnóstica - Reação do produto?

Exames Solicitados _____

Tratamento Proposto Tranquilizante + Antiácido + Analgésico - C.

Exames Físicos Inspeção, Palpação - C.

Doença Gelada - Reação a comida

Evolução / Prescrição _____

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 MAR 2017

Diagnóstico Inicial _____

Diagnóstico Definitivo _____

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 55.060-010
RECIFE-PE

Dr. Gabriel Henrique
Cirurgião Geral
CRM-PE 22619

DESTINO DO PACIENTE

Internado p/ observação ☐ Liberação p/ Residência com medicação aplicada ☐

Liberado p/ residência c/ medicação prescrita ☐ Transferência p/ outra cidade ☐

Alta pedido ☐ Óbito ☐

Transferido para _____

Avenida Estácio Colímbra Nº 45 - CEP: 55670-000 Fone: 3753-1118

São Joaquim do Monte - CNPJ: 10.122.661/0001-43



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a ficha de Emergência

Nº 322.949 do(a) Paciente: Valeria monal da Silva

Documentação de identificação nº 8677.938 Org. Exp. SDS

Data de exp. 13/11/2018 Nascido em 26/07/1991 Filho(a) de

monal Bete da Silva professora de educação da Silva

Onde conta que o (a) é agricultor(a) é verídico e encontra-se á disposição do INSS para diligência.

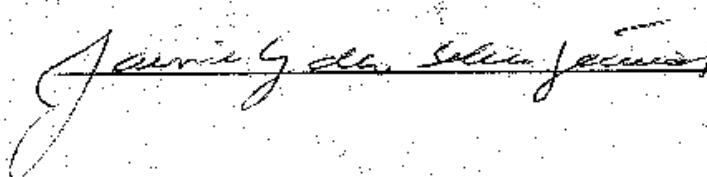
Obs: Por erro presencial Valeria monal da Silva
Data de nascimento 26 de julho 1991

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS E DA

09 MAR. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE


São Joaquim do monte, 18/08/16

 Jaime G. Junior
Diretor Administrativo

Av. Estácio Colmbra Nº 45 CEP – 55670-000 Fone: 3753-1118
São Joaquim do Monte – CNPJ.: 10.122.661/0001-43 | Pernambuco | Brasil



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Contratos de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004009/17
Vítima: VALERIO MANOEL DA SILVA
CPF: 435.003.428-50

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/07/2016
Titular do CPF: VALERIO MANOEL DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

VALERIO MANOEL DA SILVA : 435.003.428-50

Autorização de pagamento

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.

Portador da documentação entregue

Data: 09/03/2017
Nome: JERONIMO MANOEL DA SILVA
CPF : 266.635.798-86

JERONIMO MANOEL DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 09/03/2017
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho



A lder

Sinistro: 3170/022485

CPF: 435.003.428-50

DE: VALERIO MANOEL DA SILVA

Assunto: Ato declaratório

(Exigência,

Buzado(s),

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 MAR. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Em atendimento a Vossa exigência, venho por meio desta informar que, na data do Sinistro, qual seja, o dia 13/07/2016, sofri um acidente de trânsito fui socorrido por populares até a Unidade Mista São José, onde fui medicado e liberado no dia seguinte não mim sentindo bem procurei a UPA 24H em Caruaru-PE depois fui transferido para o Hospital Regional do Agreste, motivo pelo qual não é possível apresentar o Ato declaratório, exigido por esta Condição Seguradora. Ademais, o BAM (Boletim do 1º Atendimento médico) do já mencionado Hospital, informa claramente a Queixa Principal. Após ainda de mais, além de Contar o(s) Exame(s) realizado(s), diagnóstico(s), Conduta(s) Médica(s), E Médico responsável, inclusive com a assinatura do mesmo e carimbo, por isto, como médico que não posso outorgar o documento e, caso esta Seguradora entenda necessário, que seja realizada auditoria para a confirmação da idoneidade do aqui relatado, sob pena de Típos que tomar as medidas judiciais cabíveis.

Diante deste quadro, coloco-me também à disposição para a realização de eventual perício, por uma Junta Médica de Vossa Competência, Sem mais, fico no aguardo



Bezerro (PE), 29 de Fevereiro de 2017

Vítima: (Valério Manoel da Silva.

CPF: 435.003.428-50



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: 29/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALERIO MANOEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04635

CONTA: 000000000854-6

Nr. da Autenticação 65BCC91669D7D48E





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Valéria Manoel da Silva
RG nº 8.677.938, data de expedição 13/11/2008 Órgão SDS/PE

CPF nº 435.003.499-50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|--|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Sl Pacos</u> |
| Número | <u>540</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Vila Pacos / Santa Antonia</u> |
| Cidade | <u>Comarcim de São Felix</u> |
| Estado | <u>Pernambuco</u> |
| CEP | <u>55665-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(081) 9.9731-4355 / 9.9837-0193</u> |
| E-mail | <u>9.9653-9695</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Comarcim de São Felix 28/10/2016

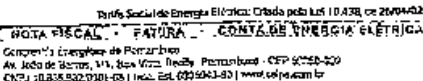
Assinatura do Declarante: Valéria Manoel da Silva

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.061-010
RECIFE-PE





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SIPACAS 240

CONFIDENTIAL 754-18 NCS 16720979584

VILA PAC ASSANTO ANTONIO
CAMOÇIM DE SAO FELIX PE
55555-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Mortalsiz

| | |
|---------------------|-----------------------------|
| CODIGO CONTRATO | FECHA |
| 1855842013 | 08/2016 |
| DIAS DE VENCIMIENTO | DATA RECEITA PROXIMA LITROS |
| 08/09/2016 | 15/09/2016 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | |
| | 10.21 |

| | | |
|-------------|----------|-----------|
| PROPOSTA Nº | DATA | VALOR |
| 000000000 | 00/00/00 | 000000000 |

| APRESENTAÇÃO | ID DO CLIENTE | ID DA INSTALAÇÃO |
|--------------|---------------|------------------|
| 31/08/2015 | 2002373110 | 00413 |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | QUANTIDADE | PREÇO UNIT. | VALOR (R\$) |
|---|------------|-------------|-------------|
| Consumo Armazém 30 kWh | 50,000000 | 0,15852355 | 7,93 |
| Consumo Armazém superior a 30 até 100 kWh | 17,000000 | 0,27347848 | 4,65 |
| Consumo Instalação Pública | | | 1,20 |
| Despesa com Instalação Energia | | | -0,41 |

TOTAL DEFABURR

14 21

| DEMONSTRATIVO DE CONSOLIDADA: NOTA FISCAL | | | | | | | | |
|---|-------------------|------------|----------|------------|----------|--------------------|---------|-------------|
| Nº DA INSCRIÇÃO | Tipo de FUNDOS | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | Nº-06 CONSTANTE | ADJUSTE | CONSOLIDADA |
| 939791 | CAI | 06/07/2018 | 6.422,00 | 06/07/2018 | 6.428,50 | 1.00000 | | 47,50 |

[illegible]

INDICACIONES IMPORTANTES

[illegible][illegible]

| PRINCIPAIS FREQUÊNCIAS DAS INTERAÇÕES | | | | | MÊS DE JANEIRO | | |
|---------------------------------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|----------------|-------------|-------------|
| COMUNIDADE | ESPECIE INTERAÇÃO | LAJOTA (Nº) | LAJOTA (Nº) | LAJOTA (Nº) | LAJOTA (Nº) | LAJOTA (Nº) | LAJOTA (Nº) |
| CAPOEIRA | ESPECIE | 6,41 | 12,54 | 25,49 | 270 | 232 | 731 |
| ETC. | ESPECIE | 2,28 | 5,21 | 1,25 | | | |


05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004009/17
Vítima: VALERIO MANOEL DA SILVA
CPF: 435.003.428-50

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/07/2016
Titular do CPF: VALERIO MANOEL DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JERONIMO MANOEL DA SILVA : 266.635.798-86

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

VALERIO MANOEL DA SILVA : 435.003.428-50

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.

Portador da documentação entregue

Data: 04/01/2017
Nome: JERONIMO MANOEL DA SILVA
CPF/CNPJ: 266.635.798-86

JERONIMO MANOEL DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 04/01/2017
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jerônimo Manoel da SilvaRG nº 5.283.486, data de expedição 18/07/2002 Órgão SDSIPE

CPF nº 266.635.748-86 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|--|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Av. Mexico</u> |
| Número | <u>330</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Centro</u> |
| Cidade | <u>Cruzuru</u> |
| Estado | <u>Paraná</u> |
| CEP | <u>55004-480</u> |
| Telefone de Contato | <u>(081) 9.9731-4355 / 9.9837-0193</u> |
| E-mail | <u>9.9939-8424</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Cruzuru, 28/12/2016Assinatura do Declarante: X Jerônimo Manoel da Silva

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





DADOS DO CLIENTE
MARIA LUZINETE L SILVA

CPF: 018.542.514-30

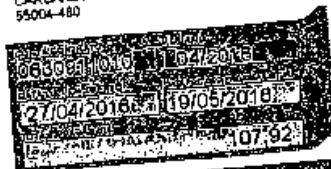
CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Microtensão

| PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE VENCIMENTO | PERÍODO DE PAGAMENTO |
|------------------------|-----------------------|----------------------|
| 00/01/2016 | UNICA | 18/04/2016 |
| 18/04/2016 | 200 3428428 | 01/11/2016 |

Consumo ALK (KWH)
Atividade Residencial AMARELA
Contribuição Tarifária de Prolongamento
Multa por atraso NF 072331788 - 18/03/16
Juros por atraso NF 072331788 - 16/03/16

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV MEXICO 530

CENTRO/CARUARU
CARUARU PE
55004-480



| QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------|-------------|-------------|
| 172,000000 | 0,54418264 | 93,58 |
| | | 1,43 |
| | | 10,21 |
| | | 2,14 |
| | | 0,48 |

TOTAL DA FATURA

| INFORMAÇÕES | VALOR (R\$) |
|-------------|-------------|
| 172,00 | |

| PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE VENCIMENTO | PERÍODO DE PAGAMENTO |
|------------------------|-----------------------|----------------------|
| 00/01/2016 | UNICA | 18/04/2016 |
| 18/04/2016 | 200 3428428 | 01/11/2016 |

Consumo ALK (KWH)
Atividade Residencial AMARELA
Contribuição Tarifária de Prolongamento
Multa por atraso NF 072331788 - 18/03/16
Juros por atraso NF 072331788 - 16/03/16

| PERÍODO DE FATURAMENTO | PERÍODO DE VENCIMENTO | PERÍODO DE PAGAMENTO |
|------------------------|-----------------------|----------------------|
| 00/01/2016 | UNICA | 18/04/2016 |
| 18/04/2016 | 200 3428428 | 01/11/2016 |

002.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

