



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
57117 651	29/01/2020 14:48	2687651_CONTESTACAO_01



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



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

Num. 57117651 - Pág. 1

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

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\$ 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 incontrovertido 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 fibula esquerda.

Descrição do exame: Vítima queixa-se de dor no tornozelo esquerdo. Ao exame apresenta marcha claudicante, edema local (+/+4) e
médico pericial: 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 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.

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

Num. 57117651 - Pág. 4

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\$ 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.

⁴RECURSO 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

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

www.joaobarbosaadvass.com.br



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;

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 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 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 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.

⁷art. 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. RAFAELA 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

Num. 57117651 - Pág. 8

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



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

Num. 57117651 - Pág. 9

TABELA DE GRAADAÇÃO

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					



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; **JOSELAINA 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 **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

JOSELAINA 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



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

Num. 57117651 - Pág. 11



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	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

Documento Circular SUSEP 445/12


0030-

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 / PG, em 18/07/2009, CPF/CNPJ nº 266.635.798-86, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Valéria Manoel da Silva do sinistro de DPVAT da natureza 1 - acidente, da vítima Valéria Manoel da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor - N Renda Mensal: R\$ Revisor - De

Documentos comprobatórios: Revisor - De 05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

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 Emerson

Nº 322.949 do(a) Paciente: Valerio morais da Silva

Documentação de identificação nº 8677.938 Org. Exp. SBD S

Data de exp 13/03/2000 Nascido em 26/07/993 Filho(a) de

Monica Pieter da Silva e elson cordeiro da Silva

Onde conta que o (a) é agricultor(a) é verídico e encontra-se à disposição do INSS

para diligência.

Obs: Por ser o responsável Valerio morais da Silva
Data de nascimento 26 de julho 1993

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

São Joaquim do monte, 18/08/16

Jalme G. Júnior
Diretor Administrativo

Jalme G. da Silva Júnior

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 13/07/16 Hora 22:25 Registro 322.949

Nome Veloso Júnior da Silva

Data de Nascimento 11.07.93 Idade 24 anos Sexo M

Endereço/ Procedência Sítio - Pácas C.

Naturalidade _____ Profissão Agricultor Cor Parda

Responsável O mesmo Identidade _____

Peso PA Temp Pulso FC FR HGT

Queixa Principal Vibração grande do chão

Dados Clínicos _____

Reitor Mário da Silva
Técnico de Enfermagem
COREN-PE 043.284

Hipótese Diagnóstica - Reação de provação?

Exames Sólcitados

Tratamento Proposto Transt. 100g Cravo Sust - C

Exames Físico Deocardio, Relyto - C

Evolução / Prescrição Trato Gástrico hiperêmico e reto

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN 2017

Diagnóstico Inicial Rua da Aurora, nº 175, sl 902 BL C

Boa Vista - CEP: 55670-010

Diagnóstico Definitivo 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 _____

04/01/2017

Avenida Estácio Coimbra N° 45 - CEP: 55670-000 Fone: 3753-1118

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



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:

DOOR

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

0002494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Rua 15 Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Sua Vista - CEP: 50.080-010

RECIFE-PE

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

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA**

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: VALERIO MANOEL DA SILVA
 Data Nasc.: 26/07/1991 Idade: 24 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS Religiao:
 CEP: 56670000 RG: 8677938 CNS: 702905536986476 N°: 0
 Endereço: SITIO PACAS Cidade: SAO JOAQUIM DO MONTE Estado: PE
 Profissao: AGRICULTOR
 Bairro: ZONA RURAL
 CEP: 56670000 Fone: 998028291
 Nome da Mãe: JOSIRENE CORDEIRO DA SILVA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 14/07/2016 12:14 Médico: MEDICO PLANTONISTA
 Queixa Principal / HDA:

Paciente com history de queda de moto, com dor
escura na T12 erg. + dor na T12

Exame Físico: Rx da mao/punho sem alteracao PO: _____ FR: _____
 Rx da T12 com fratura de maléolo lateral/medial?
 Diag. Provisoria: Fx T12 erg.

Prescrição:	Dieta:	Horário
Data:		
<i>Retirar tala e colocar gesso L12</i> <i>10/07/2016</i>		
<i>05.802.494/0001-41</i> <i>TRAÇÃO CORRETORA</i> <i>DE SEGUROS-HDA</i>		
<i>04 JAN. 2017</i>		
<i>Rua da Aurora, Nº 175, S1902 BLC</i> <i>Boa Vista - CEP: 50.060-010</i> <i>RECIFE-PE</i>		

AMBULATÓRIO: 5+14-4884

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Valerio Manoel Sibe

Prontuário: 278665

Data: 14/07/2016 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fr. isolado lateral (Welton B) ext. fechado -

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Em 30 dias

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

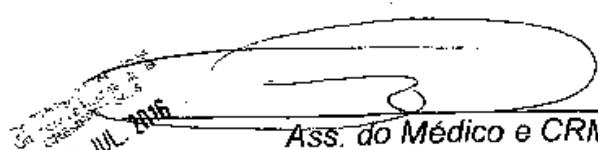
TRATAMENTO REALIZADO:

Fr. Girro Beta

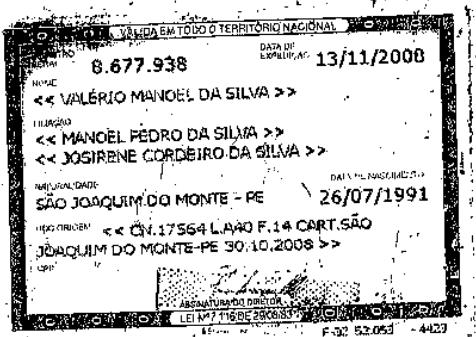
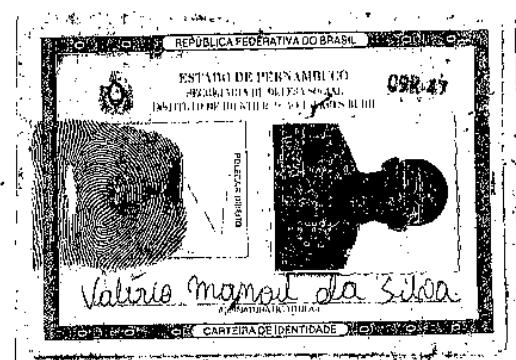
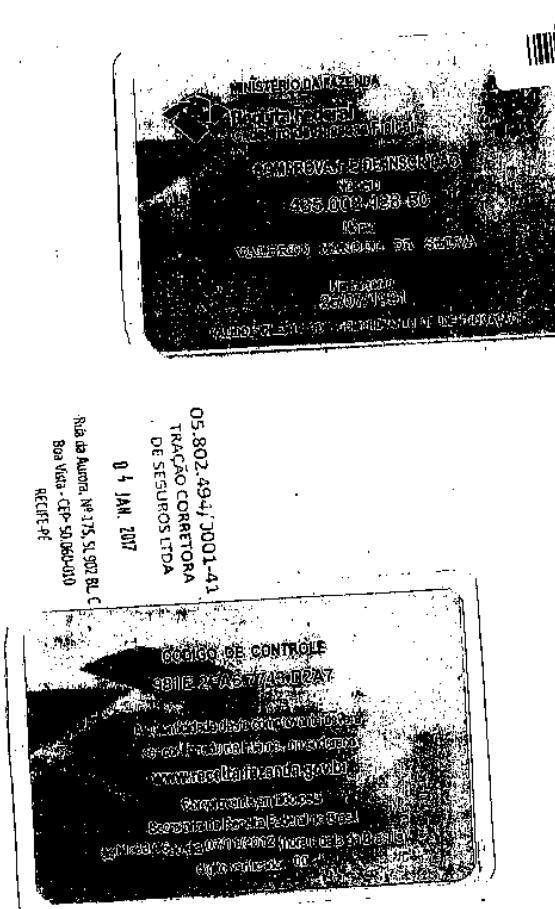
05-10-16

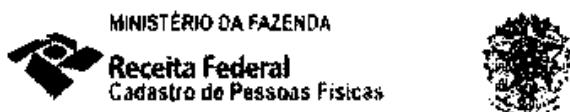
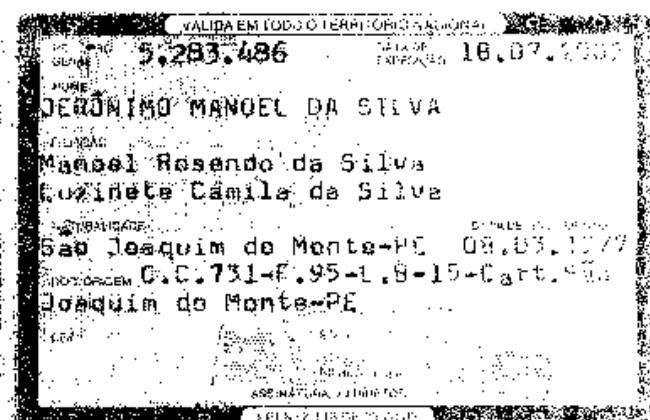
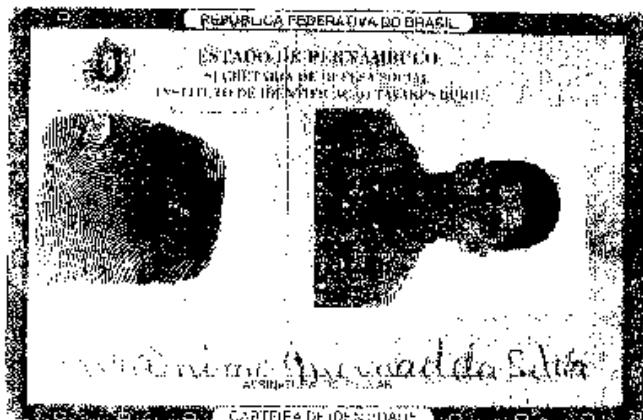
Dr. Milton Correia
9:30 -

Alta Hospitalar: Data: / / Hora: _____


Ass. do Médico e CRM







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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/01/2020 14:48:37
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914483788000000056184138>
Número do documento: 20012914483788000000056184138

Num. 57117654 - Pág. 9

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DITRAN-PE N° 012238461614
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

COD. RENAVAM 132285946 RNFRC 2016

VALÉRIO MANGELO DA SILVA

CARUARU-PE

VEÍCULO PLACA
136.003-4626-50 RME 7644

PLACA ANTOUE CHASSIS
136.003-4626-50 1694610069

ESTACÔNE COMBUSTÍVEL
HONDA MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA / NXR150 BROS ESD ANO FAB. 2008 2009

CAP/PROV/OL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
CBP/14321 CARTIC VERMELHA

DATA UNICA VENC. DATA UNICA VENC. COTAS
12/2016 QUITADO 12 *****

DATA UNICA PARCELAMENTO/COTAS 22 *****

DATA UNICA 32 *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURADO PESE

OBSERVAÇÕES

EM RESERVA

DATA 20/06/16

CARUARU-PE Charles Andrade Souza Ribeiro

Dir. Exec. DITRAN/PE

ESTAMOS CHAMANDO VOCÊ PARA PENSAR NO SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
E COMO O SEU VEÍCULO PODE SER UTILIZADO PARA TRANSPORTAR CARGA E PESSOAS
TRANSPORTAR CARGA OU PESSOAS SEM O BILHETE DO SEGURO DPVAT

PE N° 012238461614 BILHETE DE SEGURO DPVAT
VALÉRIO MANGELO DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES
AS CONDIÇÕES
WWW.DPVAT800.COM

SAC DPVAT 8000 022 1204

CARUARU-PE EXPIRAÇÃO 2016-20/06/16

VEÍCULO CPE / CNPJ 136.003-4626-50 RME 7644

RENAVAM 132238946 MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BROS ESD

ANO FAB. 2008 DATA CHASSIS 9C2KD04109R01036

PRÉMIO TARIFÁRIO
PNS (R\$) PNR (R\$) CUSTO DO R-CHP (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) KOF (R\$) CUSTO DO R-CHP (R\$)
PAGAMENTO EXTA ÚNICA PARCELADO DATA DE OBTIDA

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.249.000/0001-04
WWW.DPVAT800.COM

DESENHOS DE GUARDE SE BILHETE DPVAT
NÃO É UM PORTA-CHAVEIRO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN, 2017

Rua da Aurora, N° 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 predizer 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 fibula 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

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

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

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):

Região Corporal (Sequela):

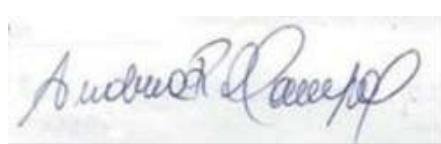
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

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



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=2001291448378800000056184138>
Número do documento: 2001291448378800000056184138

Num. 57117654 - Pág. 12

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 Vítima queixa-se de dor no tornozelo esquerdo. Ao exame apresenta marcha claudicante, edema local (+/+4) e
médico pericial: 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 n°: 10333242

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.: 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

Pag. 00091/00092 - carta_03

00070046


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 LÍDER 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/01/2020 14:48:37
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914483788000000056184138>
Número do documento: 20012914483788000000056184138

Num. 57117654 - Pág. 14

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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



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**, PORTADORA(A) DO RG Nº **8.677-938**, EXPEDIDO POR **SDS/PE**, EM **13/11/2009**, CPF **035.003.429-50**, CNPJ **00000000-0000-0000-0000-0000-0000**, PROFISSÃO **Queridinha**, E RENDA MENSAL DE R\$ **000,00** (*) 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 apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, MEI, MEI PROSPETRA, PROSPETRA, DE 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 Lotáticas 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.

IMPORTANTES: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida, 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 **404** N° da AGENCIA (com dígito, se existir) **175** N° da CONTA (com dígito, se existir) **854-1**

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO **404** N° da AGENCIA (com dígito, se existir) **4635** N° 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 DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Carreiro, 28 de Dezembro de 2016 **Valéria Manoel da Silva**
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

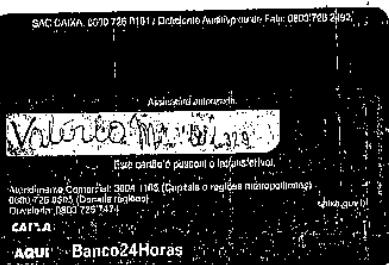
- O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$13.500,00 em caso de Invalidade permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221201.



J5-802 494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN 2017

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 59010-020
RECIFE-PE



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=20012914483788000000056184138>
Número do documento: 20012914483788000000056184138

Num. 57117654 - Pág. 19



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 Silva,

PORTADOR(A) DO RG N° 8.677.938 EXPEDIDO POR EM RESENDE - RJ

CPF 435.003.428-50 /CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO Revisor - SE

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

(*) 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: **05.802.494/0001-41**

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerão termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) 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); CPF: **50.464.010** 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 404 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4635 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 859-6

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

Nº do BANCO 404 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.

Brasília, 21 de Fevereiro de 2016 Valério Manoel da Silva
LOCAL E DATA 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 invalidade 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

AUTO-ATENDIMENTO - Ag Bezerros
DATA: 24/01/2017
TERMINAL: 21921572 HORA: 14:57:08
CONTROLE: 219215720221
AGÊNCIA: 4695 - CASTELO BRANCO
CONTA: 813.00000654-6
CLIENTE: VALERIO MANEL DA SILVA

05-802-494/001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
09 MAR 2017
Rua da Autra, N° 175, Sl. 907 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-070
RECIPIENTE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/01/2020 14:48:37
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914483788000000056184138>
Número do documento: 20012914483788000000056184138

Num. 57117654 - Pág. 21



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

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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 13/7/2016 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO 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 PÚBLICA**

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

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

VALERIO MANOEL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSIMERE CARDEIRO DA SILVA** Pai: **MANOEL PÉDRO 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: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 540, VILA PÁCAS / 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 N° 322.949, QUE NO DIA SEGUINTE A VITIMA NÃO SE SENTINDO MELHOR, PROCUROU ATENDIMENTO NA UPA ESTADUAL CONFORME CPNSTA NO PRONTUÁRIO DE N° 00380217 REGISTRADO NO ATENDIMENTO DE N° 00880894 DA REFERIDA UNIDADE MEDICA, E PRONTUARIO DE N° 278665 DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, NADA MAIS A DECLARAR.

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

Valério Manoel da Silva
VALÉRIO MANOEL DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Cícero Abilio de Almeida* - Cícero Abilio de Almeida - Matrícula: 1581678

24/11/2016 15:09



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/01/2020 14:48:37
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914483788000000056184138>
Número do documento: 20012914483788000000056184138

Num. 57117654 - Pág. 23

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Valério Marçal da SIlva, portador da carteira de identidade nº 8.677.938 e inscrito no CPF/MF sob o nº 435.003.428-50, residente e domiciliado na Si Pernambuco - 540, Cidade Camocim de São Félix, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Valério Marçal da SIlva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Rua da Aurora, nº 175, sl 902 BL E
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Camocim de São Félix, 28/12/2016

Local e data





Documentação médica hospitalar

PREFEITURA DE
SÃO JOAQUIM DO MONTE
NOVO RUMO NOVA CIDADE

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA**

Data 13/07/20 Hora 22:25 Registro 322:949

Nome Velvete Manoel da Silva

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

Endereço/ Procedência Sítio - Pacas - C.

Naturalidade Profissão: Apicultor Cor Parda

Responsável O mesmo Identidade

Peso PA Temp Pulso FC FR HGT

Queixa Principal Urticada, queiro do colo

Dados Clínicos

Rejane M. da Silva
Técnico em Enfermagem
CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: 1443.289

Hipótese Diagnóstica - Prurito de gravidez?

Exames Solicitados

Tratamento Proposto 7 Klorol 1 Agt Grav. S. C. 500 - C

Exames Físico Prudoso, S. F. C. C.

Evolução / Prescrição Devo encaminhar para o médico e pronto

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 MAR 2017

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902-B/C
Boa Vista - CEP 50.000-010
RECIFE-PE

Dr. Gabriel Brantzen
CRM-PE 22619
CNPJ: 11.330.000/0001-01

DESTINO DO PACIENTE

Internado p/ observação

Liberado p/ Residência com medicação aplicada

Liberado p/ residência c/ medicação prescrita

Transferência p/ outra cidade

Alta pedida

Óbito

Transferido para Araxá - MG

Avenida Estácio Coimbra N° 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 Emergency
Nº 322.949 do(a) Paciente: Valeria monica da Silva
Documentação de identificação nº 8.672.938 Org.Exp SBD S

Data de exp 13/13/2008 Nascido em 26/07/1993 Filho(a) de
Monica Botelho da Silva e Valter Botelho da Silva

Onde consta que o (a) é agricultor(a) é verdadeiro e encontra-se à disposição do INSS
para diligência.

Ass. Pela pessoa de Valeria monica da Silva
Data de assinatura 26 de julho 2008

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
09 MAR. 2017

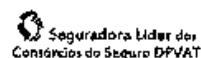
Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

São Joaquim do monte, 18/08/16

Jairine G. Júnior
Diretor Administrativo



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



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 haver

Sinistro: 3170/022485

CPF: 435.003.428-50

DE: VALÉRIO MANOEL DA SILVA

Assunto: Ato declaratório

(Exigência)

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

Brasado(s) s,

Em atendimento a Vossa exigência, tenho por mío destas informações que, na data do sinistro, qual seja, o dia 13/02/2016, sofrer um acidente de trânsito fui socorrido por populares ate a Unidade Mista São José, onde fui medicado e liberado no dia seguinte não sentindo nem prolívri a UPA 24H em Carnarau-PE depois fui transferido para o Hospital Regional do Agreste, motivo pelo qual não é possível apresentar o ato declaratório, exigido por esta concorrente Seguradora. Ademais, o BAM (Balanço do 1º Atendimento médico) do já mencionado Hospital, informa claramente a Unica Principal. Após cura de moto, além de fazer o(s) EXAME(s) realizado(s), diagnóstico(s), conduta(s) médica(s), E Médico suspenso(s), inclusiv com a assinatura do mesmo e Corimbo, por isto, comencio que não fasse outro documento(s) e, caso isto Seguradora entenda necessário, que seja realizada auditoria pro a confirmação da verididade do aqui relatado, sob pena de Timos que tomar as medidas judiciais cabíveis.

Diante desti quadro, coloco-me também à disposição para a realização de eventual perício, por uma junta médica de Vossa competência, Sem mais, fico no aguardo



Bezerra (PE), 29 de FEVEREIRO de 2017

Vitima: (Valério Manoel da Silva)

CPF: 435.003.428-50



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/01/2020 14:48:37
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914483788000000056184138>
Número do documento: 20012914483788000000056184138

Num. 57117654 - Pág. 29

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: 00000000854-6

Nr. da Autenticação 65BCC91669D7D48E



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=2001291448378800000056184138>
Número do documento: 2001291448378800000056184138

Num. 57117654 - Pág. 30



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Valéria Manoel da Silva

RG nº 8.677.938, data de expedição 13/11/2008 Órgão SDS/PE

CPF nº 435.003.428-50, 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>51 Pocas</u>
Número	<u>540</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Vila Oscar / Santa Antônia</u>
Cidade	<u>Comercio de São Félix</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: Comercio de São Félix 28/10/2016

Assinatura do Declarante: Valéria Manoel da Silva

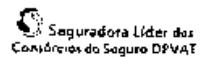
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004009/17

Vítima: VALÉRIO MANOEL DA SILVA
CPF: 435.003.428-50

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/07/2016

Titular do CPF: VALÉRIO 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 Silva,

RG nº 5.283.486, data de expedição 18/07/2009 Órgão SDS/PG,

CPF nº 966.635.498-86 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. México</u>
Número	<u>330</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Caixaçu</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55004-480</u>
Telefone de Contato	<u>(081) 9.9731-4355 / 9.9837-0393</u>
E-mail	<u>9.9939-8424</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caixaçu, 28/12/2016

Assinatura do Declarante: Jerônimo Manoel da Silva

00.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Rua da Aurora, nº 175, sl 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



