



Número: **0000289-95.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
TICYANA NEIDE REIS DA SILVA (AUTOR)		RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A (RÉU)			
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57216505	31/01/2020 10:52	2688202_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 27ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00002899520208172001

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **TICYANA NEIDE REIS 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 **12/07/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 29/11/2019.

Cumpra esclarecer que em que pese a parte autora realizar requerimento do pagamento, através da via administrativa, porém, o sinistro foi cancelado por inatividade, haja vista que a parte autora não apresentou a documentação necessária para a perfeita regulação do sinistro.

Não obstante, em qualquer hipótese de acidente, a atitude normal do segurado é procurar a seguradora, para que esta regule, primeiramente, o sinistro. Somente em caso de não pagamento, ressarcimento incompleto ou de mora, as demandas devem ser ajuizadas.

Assim, tendo o autor deixado de apresentar a documentação exigida por lei, carecendo o autor de uma condição específica do regular exercício do direito de ação, qual seja, interesse de agir.

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



Compulsando atentamente aos autos, em nenhum momento foi demonstrado e comprovado de forma contundente que a parte autora faz jus ao pleito deduzido na presente demanda, devendo o pleito ser julgado extinto em virtude da inocorrência de mora por parte da Ré.

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.

DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA

FALTA DE PROCURAÇÃO ATUALIZADA

Verifica-se que não consta nos autos procuração atualizada outorgando poderes ao patrono da parte autora, violando a regra esculpida no art. 104 do CPC.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração atualizada não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

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;



Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 29/11/2019 após 01 ANO E 04 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 12/07/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

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

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



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.

DO MÉRITO

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

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)

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 HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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.”

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



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.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸.

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.

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**" (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art. 1º. (...)

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



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

CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme 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 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, 23 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o 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 **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **TICYANA NEIDE REIS DA SILVA**, em curso perante a **27ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00002899520208172001.

Rio de Janeiro, 23 de janeiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0000289-95.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
TICYANA NEIDE REIS DA SILVA (AUTOR)		RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A (RÉU)			
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57216506	31/01/2020 10:52	ANEXO 1	Outros (Documento)



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 24/04/02
NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE - CEP 50050-400
CNPJ 10.830.830/0001-08 (Insc. Est. 07.0463.01) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORAAV. BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551
AP-01

CPF: 039.232.004-55

CIDADE/PAZES
JABOTÃO DOS GUARARAPES PE
54410-010**CLASSIFICAÇÃO**B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

CONTINUTOS FISCAL	DATA	EMISSÃO
070801347	04/04	23/09-11/10
REPRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA FATURA
23/09/2018	201550220	1947019

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7025325626	09/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
30/09/2019	24/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	215,30

DEFINIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	213,000000	0,77952220	164,47
Acrescimo Bandeira VERMELHA			11,87
Contrib. Sum. Publica Municipal			37,81
ICMS Subvenção COE-Nº 070802026-04/07/19			1,25

TOTAL DA FATURA

215,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	POSTERIOR DATA	LEITURA	Nº DE CONSUMO	CONSUMO (kWh)
30181019	CAI	25-08-2019	9.26120	23-09-2019	9.17420	30	211,20

CONSUMO DE CONSUMIDOR

Mês/Ano	Consumo (kWh)
Set/19	201
Out/19	214
Nov/19	177
Dez/19	123
Jan/20	284
Fev/20	281
Mar/20	219
Abr/20	285
Mai/20	178
Jun/20	274
Jul/20	301
Ago/20	276
Sep/20	221

INFORMAÇÃO DE TRIBUTAÇÃO

ICMS	PIS	COFINS
176,44	176,44	176,44

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem
Geração de Energia	80,87	37,54%
Transmissão	2,11	1,00%
Distribuição (Cabo)	27,72	12,88%
Perdas de Energia	11,98	5,56%
Reserva de Energia	6,89	3,20%
Outros	12,09	5,62%
Total	176,44	100%

VALORES A PAGAR

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

Consumo (kWh) 211,20

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 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 Renato César M. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 039.232.004 / 55 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tuayana Neide Reis da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 089.876.324 / 07 do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Tuayana Neide Reis da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N° 089.876.324 / 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Av. Bernardo Vieira de Melo</u>		<u>1551</u>	<u>Ala. A - Térreo</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Piedade</u>	<u>Jaracatã dos Garimpos</u>	<u>PE</u>	<u>54410-010</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>renatomalheiro@outlook.com</u>			<u>(01) 99543-4554</u>

Recife / 01 de junho de 2019
Local e Data

Renato César M. Cavalcanti
Assinatura do Declarante



Tempo da Doença *	Acesso à UPA *	Nível de Consciência *	Vulnerabilidade Social*
Horas	Samu	Vigil / Alerta	Ausente
Queixa Principal / História:			
Paciente vítima de acidente automobilístico há aproximadamente 1 hora (paciente estava no banco de carona de uma motocicleta, usando capacete) referindo dor abdominal em HCD e em HTE, e MID. Paciente nega TCE, Síncope, hipotímia ou vômitos. A: Via aérea pervia, presença de colar cervical e prancha rígida. B: MV + em AHT sem RA - expansibilidade simétrica e sem crepitações ou enfisema à palpação. C: Pulsos simétricos e cheios D: ECG 04 + 05 + 06 : 15 E: Escoriações em MMSS e MMII			
ANTECEDENTES:			
Ao exame abdominal paciente apresenta dor em HCD, sem sinais de irritação peritoneal RHA + Infecção Orofaríngea: ☐ Alergia: ☐ Diabetes Mellitus: ☐ Hipertensão Arterial: ☐ Doença Pulmonar: ☐ Doença Cardiovascular: ☐ Nefropatia: ☐ Tabagismo: ☐ Dislipidemia: ☐ Alcoolista: ☐ Medicamento: ☐			
Observações:			
EXAME FÍSICO			
EG Bom	Hidratado	Anictérico	Sem Edemas
Nutrido	Eupnéico	Afebril	Corado
Observações:			
Avaliação Cardio Vascular			
☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:			
Observações:			
Avaliação do Aparelho Respiratório			
☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			
Observações:			
Avaliação Neurológica			
☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:			
Observações:			
Avaliação Aparelho Digestivo			
☐ Não Examinado: ☐ Normal ☒ Alterada:			
Observações:			
SUPRACITADA			
Avaliação Aparelho Locomotor			
☐ Não Examinado: ☐ Normal ☒ Alterada:			
Observações:			
SUPRACITADA			
Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas			
SGU: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			
ORL: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			
Pele: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) TEMP SATO2 HGT

Médico Responsável: **Dr. Alexandre Pereira de Souza Filho**
Dr. Marcelo S. J.
CNPJ: 08.000.000/0001-90

Crepepe: 23886

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1543877 Data: 12/07/2018 21:46

Usuário.: ALEXANDREPSF

Atendimento: 1109138 Dt Nasc: 11/11/1989 (28a 10m 2d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 395825 - TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 12/07/2018 21:35 0 Dias(s) Int

Médico.: JOSÉ SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: CLINICA GERAL

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo..

Classificação de Risco:URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: ALEXANDRE PEREIRA DE SOUZA FILHO - CRM - null - 23886

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Datas/Horários
1 RX COLUNA CERVICAL A.P. / OBLIQUA / PERFIL ; Exame: 286469	1					[12/07] 21:46
2 RX TORAX P.A. ; Exame: 286469	1					[12/07] 21:46
3 RX JOELHO ESQUERDO A.P. / LATERAL ; Exame: 286469	1					[12/07] 21:46

UPAS
UPA IMBIRIBEIRA
RECIBE A VERIFICAÇÃO DESSA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
MÓDULO ELETRÔNICO

Dr. Marcello S. J.
Enviado em Data: 13/09/2018 09:23

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1543876 Data: 12/07/2018 21:46

Usuário....: ALEXANDREPSF

Atendimento: 1109138 Dt Nasc: 11/11/1989 (28a 10m 2d)

Convênio....: SUS - AMBULATORIO

Paciente....: 395825 - TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Peso.....: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 12/07/2018 21:35 0 Dias(s) Int

Médico.....: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: CLINICA GERAL

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.....: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.../

Diagnóstico:

Protocolo..:

Classificação de Risco:URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: ALEXANDRE PEREIRA DE SOUZA FILHO - CRM - null - 23886

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-500ML(FRESENIUS/BAXTER/BBRUM)	1	FA C/500ML		IV	Agora	12/07/21:46
	-> CATETER INTRAVENOSO N. 20	1	UN				
2	DIPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML	2	AMP		IV	Agora	12/07/21:46
	-> ESCALPE N. 21	1	UN				
	-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
	-> AGUA BIDEUTILADA SOL.INJ. 10ML	1	AMP				
	-> SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/ AGULHA	1	UN				

UPA IMBIRIBEIRA
R- 4-20 A VERIFICAÇÃO DESSA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
E- 2018/09/13 09:23
Dr. Marcello Silva
CRM - null - 23886

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA
Data de Nascimento: 11/11/1989 Data Atendimento: 12/07/2018
Prontuário: 0000395825 Cód. Atendimento: 01109138
Nome do Hospital: HGV
Senha: 5467857
Transporte: ☐ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio
☐ Acompanhamento Médico
Observação: FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO ESQ + LESÃO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR ESQ.

Recife, 12 de Julho de 2018

Médico: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS
CRM: 21129

IPAS
IMBIRIBEIRA
RUA ARCO-VERMELHO DESSA COPA DO PRONTO ATENDIMENTO
MUNICÍPIO ELETRÔNICO
Dr. Marcello Silva
CRM: 21129

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 13/07/2018 07:27:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

RG:

PESO:

IDADE: 28 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 11/11/1989

PRESTADOR ASSISTENTE: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

DATA DE ATENDIMENTO: 12/07/2018 21:35:52

ATENDIMENTO: 1109138

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: M796 - DOR EM MEMBRO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: M796 - DOR EM MEMBRO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: M796 - DOR EM MEMBRO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

UPA IMBIRIBEIRA
RUA JACÓ A VERBAÇÃO DE DESSA COPIA DO PRONTUÁRIO
MYPEP ELETRÔNICO
Dr. Marcello Silveira
CNPJ nº 06.905.000/0001-00

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs





HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Prontuário: 01091128

Data de Nascimento: 11/11/1989

Idade: 28a 9m 4d

Sexo: FEMININO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnóstico de:

CID 10 : M22.8 OUTROS TRANSTORNOS DA ROTULA

Feito o Exame de RADIOGRAFIAS

Observação:

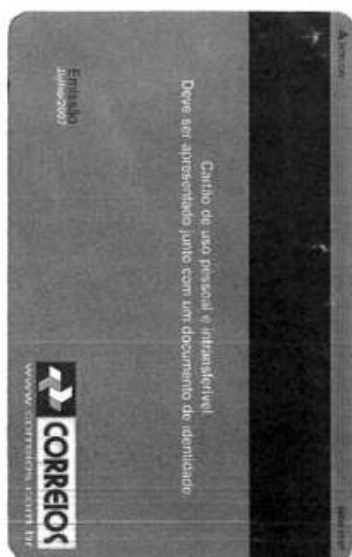
PACIENTE COM LESÃO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR COM MENOS DE 20% DE ACOMETIMENTO, SUBMETIDA A REPARO CIRURGICO A CERCA DE 20 DIAS, APRESENTANDO FO LIMPA, CICATRIZADA, ADM COMPLET, SEM SINASI INFECCIOSOS, SEM DEFICIT DE EXTENSÃO.
CD : SOLICITO FISIOTERAPIA PARA REABILITAÇÃO FUNCIONAL

Recife, 16 DE AGOSTO DE 2018

HYGINO JOSE PINTO MARINHO - CRM: Nº.14859

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martín, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600







RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0450185/19

Vítima: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

CPF: 089.876.324-07

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 12/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

TICYANA NEIDE REIS DA SILVA : 089.876.324-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/12/2019
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: 8.328.587 SDS-PE
CPF: 089.876.324-07
Profissão: DESEMPREGADA
Endereço: RUA VIGI E TRÊS, N° 234, ZUMBI DO RACHADO, JABOATÃO
CEP: 54230-092 DOS GUARARAPES - PE
Telefone: (81) 99543-4554

OUTORGADO:

Nome: RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 616.260.9 SSP-PE
CPF: 039.232.004-55
Profissão: ADVOGADO
Endereço: AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO, N° 1551, SALA 01, RIBEIRÃO
CEP: 54410-010 II JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
Telefone: (81) 99543-4554

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

2º OFÍCIO

RECIFE, 24 DE ABRIL DE 2019.

Local e data

TICYANA NEIDE REIS DA SILVA.

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0450185/19

Vítima: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

CPF: 089.876.324-07

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 12/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

TICYANA NEIDE REIS DA SILVA : 089.876.324-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/12/2019
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos





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

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190698168

Vítima: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Data do Acidente: 12/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial que registrou inicialmente o acidente, em cópia simples, pois somente foi entregue o registro policial complementar.
------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01615/01616 - carta_03 - INVALIDEZ

00080808



Carta nº 15240642





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

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190698168

Vítima: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Data do Acidente: 12/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15241869





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou AGL:

CPF da vítima:

089.876.324-07

Nome completo da vítima:

Ticyana Neide Reis da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Ticyana Neide Reis da Silva

Profissão:

Dominónegada

Endereço:

Rua Vinte e Três

Bairro:

Zumbi do Pacheco

Cidade:

Joaquim dos Guimarães

Estado:

PE

CPF:

089.876.324-07

Número:

234

Complemento:

CEP:

54.230-092

Tel./DDD:

81199543-4554

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].

RENTA MENSAL:

☐ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1245

9

CONTA: 73.094

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, compreendendo, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 14 de abril de 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RGO

TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 007ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VIAGEM - DP7ª CIRC DIMS DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0097016445**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/11/2019** às **11:09**

Complementa o BO Número: **18E0097014002**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/7/2018** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE IBURA (BAIRRO), 1, AV DOIS RIOS CRUZAMENTO COM A RUA RIO XINGU - IBURA DE BAIXO - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

EDSON TAXISTA (AUTOR/AGENTE)
IZAIS CANDIDO DA SILVA (OUTRO)
TICIANA NEIDE REIS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): IZAIS CANDIDO DA SILVA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): EDSON TAXISTA

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

TICIANA NEIDE REIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **NAILDA LAGO REIS** Pai: **MAURICIO RIBEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **11/11/1989** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8328587/SDS/PE (RG) 08987632407 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COBRADOR** Telefones Celulares: **81983235071**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE IBURA (BAIRRO), 234, RUA VINTE E TRÊS - IBURA - CEP: 55000-000 - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

IZAIS CANDIDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VOYAGE TP 4484 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDSON TAXISTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDSON TAXISTA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL VW VOYAGE** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Assinatura: **VOYAGE TP 4484**



MOTO CG PLACA KJF-9130 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a). **IZAIS CANDIDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **IZAIS CANDIDO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA CG** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJF9130 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Descrição: **MOTO CG PLACA KJF-9130**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA, QUE, NO ULTIMO DIA 12/07/2018, POR VOLTA DAS 07:30H, QUANDO TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTO IDENTIFICADA NESTE BOLETIM DE OCORRENCIA, NO CRUZAMENTO DA AV DOIS RIOS COM A RUA RIO XINGU, FOI VITIMA DE ATROPELAMENTO ENTRE A MOTO E O TAXI, SENDO SOCORRIDA PELA VIATURA DO SAMU, A UPA DA IMBIRIBEIRA, LESÃO PARCIAL DO JOELHO ESQUERDO, COM LESAO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR, PASSANDO 15 (QUINZE DIAS) INTERNADA NO HOSPITAL, GETÚLIO VARGAS, SENDO ATENDIDA PELO MÉDICO HYGINO JOSÉ PINTO MARINHO CRM - N° 14859. CASO AFETO A DELEGACIA DO JORDÃO. A VITIMA, EM 29/11/2019, COMPARECEU A DELEGACIA DE POLÍCIA DE BOA VIAGEM PARA CORRIGIR A DATA E HORÁRIO DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, INCLUSIVE MOSTROU A FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO, NA UPA DA IMBIRIBEIRA. ATENDIMENTO 01109138.

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

TICIANA NEIDE REIS DA SILVA

TICIANA NEIDE REIS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Gustavo Adolfo de Aguiar Teixeira* - Matrícula: **3506177**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou AGL:

CPF da vítima:

089.876.324-07

Nome completo da vítima:

Ticyana Neide Reis da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Ticyana Neide Reis da Silva

Profissão:

Dominónegada

Endereço:

Rua Vinte e Três

Bairro:

Zumbi do Pacheco

Cidade:

Joaquim dos Guimarães

Estado:

PE

CPF:

089.876.324-07

Número:

234

Complemento:

CEP:

54.230-092

Telefone:

(11) 99543-4554

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].

RENTA MENSAL:

☐ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1245

9

CONTA: 73.094

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, compreendendo, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 14 de abril de 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RGO

TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/2018





CTC RECIFE PE PL3
TICYANA NEIDE REIS DA SILVA
R VINTE E TRES 234
ZUMBI DO PACHECO
54230-092 JABOATAO DOS GUARARA - PE

DATA DE POSTAGEM: 05/02/2018

