



Número: **0089096-28.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57219708	31/01/2020 11:19	2688743_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 32ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00890962820198172001

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

ARUANA SEGUROS S/A, empresa seguradora com sede à Rua Visconde de Pirajá, 547 - Sala 802 - Ipanema - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22410-003, inscrita no CNPJ sob o número 07017295/0001-58 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 **AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA**, 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 **25/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 02/10/2019.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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 INDEFERIMENTO DA INICIAL

Destaca-se, inicialmente, a ausência de documento indispensável a propositura de qualquer demanda judicial, qual seja, o comprovante de residência.

Compulsando os autos, percebe-se que não fora juntado documento de comprovação do domicílio do autor, em clara afronta ao artigo 320, do CPC.

Ocorre, que a ausência do referido comprovante inviabiliza até mesmo a elaboração da defesa da Ré, uma vez que impossibilita a comprovação da competência territorial.

Diante disso, considerando o momento processual, requer a extinção da presente demanda, na forma dos artigos 321 c/c 485, I. CPC.

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.

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;



Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 02/10/2019 após 06 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 25/04/2019, 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.

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.

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)



DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190576370	Cidade: Caruaru	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA	Data do acidente: 25/04/2019	Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 11/10/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P5				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

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

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

"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."

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



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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 25/04/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta 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:	17/10/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000042706-3

Nr. da Autenticação 560358C21220BA6E

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

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



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.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA 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.”



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.

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 Súmula 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;

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

⁷ art. 1º. (...)

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



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



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **ARUANA SEGUROS S/A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA**, em curso perante a **32ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00890962820198172001.

Rio de Janeiro, 29 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: **0089096-28.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57219710	31/01/2020 11:19	ANEXO 1	Outros (Documento)

FIRA

Nome: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA
Data Nasc.: 06/09/1980 **Idade:** 28 **Sexo:** FEMININO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: 09647622422 **RG:** 8196592 **CNS:** 706006853847648
Endereço: RUA FREI INACIO **Nº:** 49
Bairro: JOAO MOTA **Cidade:** CARUARU **Estado:** PE
CEP: 55024000 **Fone:** 991186060 **Profissão:** AUTONOMO
Nome da Mãe: IVANISE FERNANDES SOUZA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clinica: CIRURGIA GERAL

Dr. Vicky Duarte
Médico
CRM - 18117





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

25/04
Com tempo 24-25
Paciente com queixa de náuseas e colúbia
EGR, crônica, de início insidioso, melhora após Glaxo 15
anti-ácido, disponível, insidioso, náuseas, RUA 1
Endeuz: Solicito tomografia abdominal
Guarnição (116-117)
Reação de Wernicke e planície

Alta da Prunha para
DOS Unidades de Atenção Primária
Eduardo C. de Melo
CREMEPE 13.780

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadli-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

25/04/2019 12:39:50
2 de 2

Usuário do Atendimento
MEYDSONWBC

Scanned by CamScanner





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

Andre Ketili Fernandes Souza

5 - Nº DO PROMOTÓRIO

337515

7 - DATA NACIONAL DE SAÚDE (CHS)

7/06/01/06/85/3/84/7/6/4/8

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/01/1971

9 - SEXO

Masculino

10 - RAÇA/COR

Branca

11 - NOME DA MÃE

Vanise Fernandes

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Frei Inácio 49

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caruaru

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

0600000

18 - UF

PE

19 - CEP

55010-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

At. vítima de trauma CI fechado em
um ponto de impacto.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de internação.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

MT 0.0

4L

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fraatura de Pomo - O

24 - CID 10 PRINCIPAL

S82.9

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0141080505010

29 - CLÍNICA

007

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urg

31 - DOCUMENTO

ICNS

32 - Nº DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Vitor Duarte

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/09/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº do acidente

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CSOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

PE-43-004

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() ICNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

261910397864-5

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Waldemir

CPF 148.265.214-54



**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CHES

2427419

4 - CHES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Anne Katiele Ferreira Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

337575

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706101685138476148

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/01/91

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Joana Maria Fernandes

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Prontuário em y e h. de P. e s. e
D. e s. e com lesão em y e s. e.*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Lesão de fratura.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + Exame - Lúmen + Anomalia.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de P. e s. e.

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

Ortopedia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Y. e s. e.

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/04/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

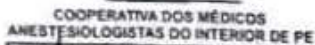
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Scanned by CamScanner

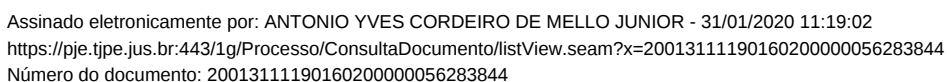




N 218207

Flaviana T. Pereira
+ R2 Sig. C.
+ R2 N. N.
Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRESTIÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - ETNIA

12 - NOME DA MÃE

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - Nº DO TELEFONE

15 - NOME DO RESPONSÁVEL

16 - TELEFONE DE CONTATO

17 - Nº DO TELEFONE

18 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

19 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

20 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

21 - UF

22 - CEP

23 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

25 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

28 - DIAGNÓSTICO INICIAL

29 - CID 10 PRINCIPAL

30 - CID 10 SECUNDÁRIO

31 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

34 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTDE

39 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

41 - QTDE

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Procedimento de saúde de pontos médicos em porção de saúde.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

47 - CNES

48 - CPF

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - DOCUMENTO

53 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

55 - CNES

56 - CPF

Scanned by CamScanner





Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)

Nº 058039

2ª Via Cliente

Hospital: H.R.A. Convênio: TAC Cidade: Pernambuco
Nome do Paciente: Ayane Keteli Fernandes Data da Cirurgia: 25.04.18
Médico: Dr. Wyllison Gama Membro Operado: Perna

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
Fixador externo tubo a uso		01	
264592-0			
0702030384			

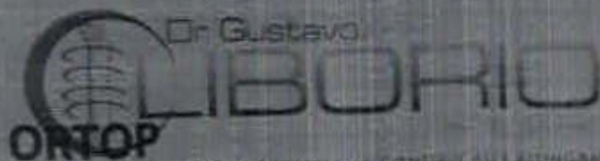
PARAFUSOS CORTICAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

ENDEADOR/INSTRUMENTADOR: Canga

CX 187

Scanned by CamScanner





AV. AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU

Ayane Katiele Fernandes Souza

CPF : 09647522422

LAUDO MÉDICO (DPAVT)

ATESTO QUE PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM 26/04/19 CAUSANDO FRATURA EM TÍBIA ESQUERDA.

FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRURGICO NA DATA DE 14/06/19 . EVOLUI COM DEFICIT DE AMPLITUDE/FORÇA DE MOVIMENTO. MARCHA CALUDICANTE COM AJUDA DE MULETAS.

RAIO X - PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE.

CD-10 - S72.3

CARUARU 22 DE AGOSTO DE 2019

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582-TEOT 13985
TITULAR SBOT/STORAS/AM

DR. GUSTAVO LIBÓRIO
ORTOPEDIA & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPÉDICO
RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO
CRM 15582 - TEOT 13985

Av. Agamenon Magalhães N° 1116 - Maurício de Nassau
Caruaru-PE
81.3136.2983 / 9 9783.3052 TIM @

Scanned by CamScanner





ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO
AV. AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU



Ayane Katiele Fernandes Souza

CPF : 09647622422

LAUDO MÉDICO (DPAVT)

ATESTO QUE PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO EM 26/04/19 CAUSANDO FRATURA EM TIBIA ESQUERDA.

FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRURGICO NA DATA DE 14/06/19. EVOLUI COM DEFICIT DE AMPLITUDE/FORÇA DE MOVIMENTO. MARCHA CALUDICANTE COM AJUDA DE MULETAS.

PORTADORA DE SEQUELAS IRREVERSÍVEIS

RAIO X – PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE.

CID -10 : S72.3

CARUARU 21 DE NOVEMBRO DE 2019

DR. GUSTAVO LIBÓRIO
ORTOPEDIA & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPÉDICO
RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO

CRM 15582 – TEOT 13985
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582-TEOT 13985
TITULAR SECUNDÁRIO

Av. Agamenon Magalhães N° 1116 - Maurício de Nassau
Caruaru-PE
81.3136.2983 / 9 9783.3052



319-576370

Caruaru, 26 de NOVEMBRO de 2019.

A

SEGURADORA LIDER S/A
SINISTRO 3190/576370
CPF 096.476.224-22

Eu, **AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA**, através da presente, venho comunicar que não concordo com o valor pago administrativo do meu Processo por **INVALIDEZ**, tendo em vista minhas **SEQUELAS GRAVES PERMANENTES IRREVERSIVEIS** comprovadas nesse LAUDO MÉDICO em anexo. Posto isso, requeiro a reanálise do meu processo passando por uma PERICIA MÉDICA para assim constatarem tais afirmações como também fico a disposição para qualquer outros esclarecimentos.

Desde já agradeço a vsª atenção ao caso,
Sem mais para o momento,

Respeitosamente,

Ayane Katiele Fernandes Souza
Requerente



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1482991245

NOME
AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
8196592 SDS PE

CPF
096.476.224-22

DATA NASCIMENTO
06/09/1990

FILIAÇÃO
NAO DECLARADO

IVANISE FERNANDES SOUZ
A

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
05713447319

VALIDADE
09/08/2022

1ª HABILITAÇÃO
20/02/2013

OBSERVAÇÕES
A

Ayane Katiele Fernandes Souza

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARUARU, PE

DATA EMISSÃO
10/08/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

18888059386
PE080138438

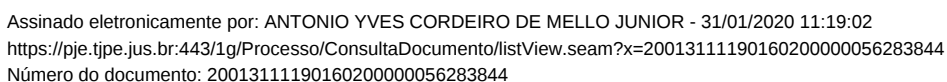
PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482991245





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
		Nº 014487799500	
DETHAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	DATA RENOVACAO	ENTRADA	SIGLA VEICULO
1	11/02/1997	*****	2019
DETALHES DO VEICULO			
DENOMINACAO VALORES DE LIMA			
CARUARU-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
020.666.674-03		PCD1707	
ESTADO ANT. / UF		Cidade	
***** / PE		ACCXKD100007007452	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS / MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA / MXE 160 BROS.		2018 2019	
CAP / CILINDROS		COR PREDOMINANTE	
2F / 160CC		BRANCA	
COTA UNICA		SOMA COTAS UNICAS	
I P V A		1 2 3	
PREMIO TARIFARIO IND.		MAXIMO PAGAMENTO	
20.13		20.13	
SEGURO OBRIGATORIO			
SEM RESERVA			
DOCUMENTO DE RES. E OBRIGATORIO			
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA			
CARUARU			
DATA 26/02/19			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190576370 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA **Data do acidente:** 25/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 11/10/2019 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190576370 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA **Data do acidente:** 25/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 11/10/2019 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190576370 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA **Data do acidente:** 25/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190576370

Vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

Data do Acidente: 25/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

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 14949379

Pag. 01141/01142 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190576370

Vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

Data do Acidente: 25/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000051**

Conta: **0000042706-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190576370

Vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

Data do Acidente: 25/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 02/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01897/01898 - carta_09 - INVALIDEZ

00060949



Carta nº 15189683





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sistema ou ASL: 3 - CPF da vítima: 096-476-224-22 4 - Nome completo da vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

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

5 - Nome completo: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA 6 - CPF: 096-476-224-22
7 - Profissão: AUTÔNOMA 8 - Endereço: RUA FRIE INACIO VILAS LOBOS 9 - Número: 49 10 - Complemento: A
11 - Bairro: JOGO NOTA 12 - Cidade: CANAAN 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.010-160
15 - E-mail: (81) 9884-0119

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0057 CONTA: 42706 3 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que exclui impossibilidade 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 (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos danos 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou assinatura (se tiver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e prestarem 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.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: CANAAN, 05-10-2019

x Ayane Katiele Fernandes Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190576370 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA **Data do acidente:** 25/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



file:///C:/Users/linv/infopol/um/B/OEPreview.htm



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90ª CIRCUNSCRIÇÃO
CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2106000486

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/10/2019 às 15:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 25/4/2018 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: COHAB I -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
SEBASTIAO VALDECI DE LIMA (OUTRO)
AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SEBASTIAO VALDECI DE LIMA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: WANDIE FERNANDES SOUZA Data de Nascimento: 22/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 48, RUA FREI INACIO VILAS LOBO - CEP: 5 - Bairro: JOAO MOTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

SEBASTIAO VALDECI DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 48, RUA FREI INACIO VILAS LOBO - CEP: 5 - Bairro: JOAO MOTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: OUTRA COR - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)



Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEBASTIAO VALDECI DE LIMA, que estava em posse do(a) Sr(a): SEBASTIAO VALDECI DE LIMA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BRCE Objeto apreendido: Não

Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PED 1787 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 116902155 Chassi: 9C2KD1000JR057459

Complemento / Observação

INFORMA QUE SE ENCONTRAVA NA RUA NAZARE DA MATA NO BAIRRIO BOA VISTA E NO CRUZAMENTO UM VEICULO COLIDIU COM A MOTO CONDUZIDA POR SEBASTIAO E QUE A VITIMA DE NOME AYANE SE ENCONTRAVA NA CONDICAO DE PASSAGEIRA AMBOS CAIRAM DA MOTO CAUSANDO FERIMENTOS NA VITIMA COM FRATURAS NA PERNA DIREITA E SEBASTIAO SOFREU ESCORIAÇÕES PELO COIRPO O SAMU SOCORREU A VITIMA PARA O HRA ONDE FOI CIRURGIADA

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

AYANE KATIELE FERNANDES
SOUZA
(VITIMA)

Ayane Katiele Fernandes Souza

B.O. registrado por: JOSE CARLOS DE LIMA

Jose Carlos de Lima
M. 53029-1

Imprimir





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sistema ou ASL: 3 - CPF da vítima: 096-476-224-22 4 - Nome completo da vítima: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

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

5 - Nome completo: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA 6 - CPF: 096-476-224-22
7 - Profissão: AUTÔNOMA 8 - Endereço: RUA FRIE INACIO VILAS LOBOS 9 - Número: 49 10 - Complemento: A
11 - Bairro: JOÃO MOTA 12 - Cidade: CANAAN 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.010-160
15 - E-mail: (81) 9884-0119

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$2.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0057 CONTA: 42706 3 AGÊNCIA: CONTA:

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que exclui impossibilidade 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 (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos danos 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e prestarem 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.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura de testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: CANAAN, 05-10-2019

x Ayane Katiele Fernandes Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





CARUARU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sr.^a **AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA** portadora do CPF: 096.476.224-22 e RG: 8.196.592 SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1904250233 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, a mesma no dia 25/04/2019 às 11h e 44min, no endereço RUA NAZARÉ DA MATA, JARDIM BOA VISTA, CARUARU-PE, com queixa de COLISÃO CARRO X MOTO tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO e MOTOLÂNCIAS, que prestaram atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 03 de Maio de 2019

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Esta declaração foi entregue ao Sr. **SEBASTIÃO VALDECI DE LIMA (ESPOSO)** portador do CPF: 030.666.674-05 e RG: 5.803.118 SDS-PE.

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 09/05/19

Scanned by CamScanner



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:	17/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000042706-3

Nr. da Autenticação 560358C21220BA6E



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



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SEBASTIAO VALDECI DE LIMA

CPF 030.666.674-05

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FREI INACIO VILAS LOBO 49 A
FUNDOS

JOAO MOTA/CARUARU
CARUARU-PE
55010-160

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

4009854121

04/2019

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

30/04/2019

23/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

16,92

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
058223884	ÚNICA	23/04/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
23/04/2019	2002485271	834022

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,0000000	0,56421462	16,92
TOTAL DA FATURA			16,92

Scanned by CamScanner



TIM S.A.
Av. Horácio Mesquita Moraes 4270
FREG. D'AFONSO - INTERLÂNGA - RECIFE - PE
CNPJ: 03.421.421/0001-55 - L.E.: 0255814-09
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 2

R\$ 50,89

VENCIMENTO

10/09/2019

EMIÇÃO: 19/08/2019

POSTAGEM: 30/08/2019

FATURA: 3942906191

CLIENTE: 1.75644136

CPF/CNPJ: 78408750410

ACESSO: 81.99584-0119

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009131539518013

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES
RUA VINTE E TRÊS, 261, CASA
JARDIM BOA VISTA
55000-000 - CARUARU - PE

IMPORTANTE PARA IRINALDO

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/JUL A 18/AGO

Serviços TIM S.A.	VALOR
☒ TIM Controle B Plus	R\$ 49,99
\$ OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 0,90

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

TIM Controle B Plus: 81995840119 (088/PÓS/SMP)

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM Music	-	-	1	-	-	64,99
TIM Music	-	-	1	-	-	Incluído
TIM Banca Jornais	-	-	1	-	-	Incluído
Desconto Franquia TIM Controle	-	-	3/12	-	-	-9,83
Desconto Serviços VAS TIM Controle	-	-	3/12	-	-	-5,17
Total de Mensalidades						49,99

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura

JUROS: (VENC 10/07/19, PAGO EM 02/08/19)

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
JUROS: (VENC 10/07/19, PAGO EM 02/08/19)	-	-	1	-	-	0,25

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br da sua celular TIM, Central de Atendimento: 1056

IMPORTE TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	PLANO	VALOR	Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (IVA)
END	10%	R\$ 82,76	R\$ 8,28	PLANTEL	R\$ 0,21	Incluído no(s) Plano(s)
PERCEPÇÃO - Serviço Telecom	1,00%					Franquia(s)
PERCEPÇÃO - Serviço Não Telecom	4,40%					R\$ 41,99
PERCEPÇÃO - Serviço Não Telecom	9,21%					IVA
						R\$ 22,48
						Desconto(s) Franquia(s)
						R\$ -9,83
						Desconto(s) IVA
						R\$ -5,17

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições ao PIS (1%) e COFINS (3%) estão aqui representadas em centavos



Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar o cartão em débito automático e ainda ganha um bônus de internet toda mês. Para mais informações e condições, visite www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009131539518013

MÊS DE REFERÊNCIA
AGO/2019

DATA DE EMISSÃO
19/08/2019

DATA DE VENCIMENTO
10/09/2019

VALOR
R\$ 50,89

84420000000-4 50890109011-0 00394290619-3 1011539518-2

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 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 IRIVALDO BAIXA DA SILVA PUKI inscrito (a) no CPF 784.087.504, 10 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA inscrito (a) no CPF sob o nº 096.476.224, 22 do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDez da Vítima AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o nº 096.476.224, 22, 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 <u>Rua 23</u>		Número <u>261</u>	Complemento <u>Pista</u>
Bairro <u>LOT. JARDIM BOA VISTA</u>	Cidade <u>Caruaru</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.000.000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99277.7909</u>

Caruaru, 07 de OUTUBRO de 2019
Local e Data

IRIVALDO BAIXA DA SILVA PUKI
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017

