



Número: **0089455-75.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57220824	31/01/2020 11:28	2688794_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 28ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00894557520198172001

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 Piraja, 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 **MICHELANGELO MOIZES ANDRADE 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 **28/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 19/11/2019.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, 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 19/11/2019 após 11 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 28/12/2018, 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.

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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, 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: 3190676177	Cidade: Paulista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA	Data do acidente: 28/12/2018	Seguradora: MAPFRE VIDA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 09/12/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO, FRATURA DE OSSOS DA FACE (MANDÍBULA - LE FORT I). TRAUMA CORTO CONTUSO NA FACE.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-MANDÍBULA), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.				
Documentos complementares:				
Observações: P.1.2_CIRURGIA.				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

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

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



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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto 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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **28/12/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), conforme demonstrado abaixo:**

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:	13/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06066

CONTA: 000000042041-2

Autenticação:

0B34A34DBA9198847EE842CFF6EF45415945F3A5888782AA2A95B27434CAE766

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



Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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\$ 1.350,00 (UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS)**.

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 a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

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

⁷art. 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 **MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA**, em curso perante a **28ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00894557520198172001.

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: **0089455-75.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57220825	31/01/2020 11:28	ANEXO 1	Outros (Documento)

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDUARDO MACIEL DA SILVA,
RG nº 945093, data de expedição 1/1/,
Órgão _____, portador do CPF nº 047.039.654-70, com
domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA C-5 MIRUEIRA - PAULISTA - PE, nº 03,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vitima MICHELANGELO NOZZES A. SILVA cujo o condutor era
MICHELANGELO NOZZES ANDRADE SILVA.

Veículo: MOTO HONDA CG 125 FALLES

Modelo: 2015

Ano: 2014

Placa: 0YN-0711

Chassi: 9C2JCH320 FR 00 2821

Data do Acidente: _____

Lugar e Data: _____

12 NOV. 2019



Edoardo Maciel da Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO

Plano de Segurança Cidadã - Notário e Registrador

Reunição por autenticação a firma EDUARDO MACIEL DA SILVA
Ocupação: Paulista PE: 18/11/2019 15:51:12. Eml. 94-531 TSNR RS
3.80 FERC. R3 0.40 S3 R3 0.06 FERM 0.04 FURGADO 08 Op. 183
DIORES LAZAR DAS MUNS SILVA - Estrelinha Autorizada

Selo 0077562 RFT11201903 00001



Assinatura



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1072787

Nome: Michelangelo Meisen Andrade Silva

Foi atendido às 17:12 hs. do dia 28/12/18

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente
traumático cursando com fratura
do fêmur e espinha mandibular
210.502.8

Necessita de 30 dias de repouso
físico

Tratamento Realizado: Cirurgia realizada dia
28/12/18 por Dr. Fabiano Faria, Dr. Luis
Ulhoa, Dr. Luiz e Dr. Wagner (1)
realizada de fratura extensa com
fixação e estabilização de Uereno de Barch
Instalação de BHM - 31/12/18

Observação: Retornar aos ambulatórios
BMF do Hospital Oswaldo Cruz
quinta-feira às 13:00hs

Cópia de: Alta BMF 01/01/19

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou
ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do
tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público
do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1072787/2018.

NOME: MICHELANGELO MOISES ANDRADE SILVA.

Foi atendido às 17h12 do dia 28.12.2018.

Diagnóstico provável: Poli-trauma
fratura complexa de mandíbula, fratura
Le Fort I, ferimentos extensos em face.
(Acidente de moto)

Tratamento realizado: Sutura de ferimentos extensos de face,
Osteossintese de fratura (Barras,
de Birch + fios de aço) em 28.12.2018
Fisioterapia respiratória
Exams complementares

Obs. Trat. de suporte clínico
Alta em 02.01.2019

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 30.01.2019

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

OK

1072787	Data e Hora de Atendimento: 28/12/2018 17:12	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Cod. Paciente: 1661341 Paciente: MICHELANGELO MOISES ANDRADE SILVA Data de nascimento: 06/06/1981 Idade: 37a 6m 22d Sexo: MASCULINO		
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante:		
DOC ID / Data expedição 21059237769 / Mãe: MARLEIDE MARIA DE ANDRADE SILVA Pai: MOISES SEVERO SILVA Cartão SUS:		
Endereço: IGNORADO Número 1247 Bairro: MARANGUAPET Complemento: Cidade: PAULISTA UF: PE Telefone: 31616400		
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE COLISAO (ARVORE, MURO, POSTE) Procedência: VIA PUBLICA		
Informações do Serviço Social: Notificado 08/01/19 Vigilância Epidemiológica Hospitalar Fones: 41691205 Assistente Social		
Confirmação de nome: VEH-HR/NEPI Confirmação de endereço: Alta ☐ Caso Social ☐ Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐ Outros ☐		
Observação: Assistência Social Assistente Social CREB - 4556		
História Clínica: Paciente trazido pelo SAMU/USP Vítima de Colisão Moto x Anteparo Queixa de cefaleia!		
Atendimento Médico: Perda de consciência: Sim ☒ Não ☐ Episódio Emático: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por: Imobilização Cervical: Sim ☒ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: Condições de imobilização adequadas: Sim ☒ Não ☐ Por Que?		
Exame Físico: A: Geral Via aérea está péria: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Tempo: B: Respiratório PA: X mm Pulso: bpm C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm		



Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora			
Escore: 4	Escore: 5	Escore: 6			
E Exposição/Abdômen: <i>indolores</i> <i>ferimentos em face; com dor em mandíbula.</i>					
Diagnóstico Inicial: <i>politrauma.</i>			Cod. Procedimento		
Conduta: - TC de crânio face e col. cervical - Manutenção color, mandib. - Rx de torax e pelve. - Avaliação da BRF e AOR.			Ass. Médico <i>[Assinatura]</i> Peixes Antônio Lima CRM 10.1490		
Evolução da Enfermagem:			Ass. Enfermagem		
Definição do Caso: ☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta e Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta Internado na Clínica: ☐ Curado ☐ Melhorado Transferido para: ☐ Insistido ☐ Piorado ☐ Óbito					
Autorização para Alta / Internamento / Transferência: Médico: <i>[Assinatura]</i> CRM: _____ Data: <i>01/01</i> Hora: _____ Termo de responsabilidade para internamento: - Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários. Data: _____ Nome completo legível: _____ No. da identidade: _____ Assinatura: _____ Termo de responsabilidade de alta a pedido: - Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir. Data: _____ Nome completo legível: _____ No. da identidade: _____ Assinatura: _____ Data e Hora Impressão: 28-Dec-18					



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

28/12/2018 17:08



Nome Paciente: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 06/06/1981
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: U0032
Convênio:
Atendimento:

28/12/2018 17:08 - SARAH MARIA DA SILVA GUIMARAES - COREN: 7085 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) *

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X POSTE HA 1H NEGA VOMITOS E DESMAIOS
TRAUMA EM FACE, REFERE DOR ABDOMINAL

Origem:

TRAZIDO POR SAMU PAULISTA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 5
- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

#MUR 28/12/18 19H

TRAUMA de face

TC de abd - ECG 15. PTA 02. MOE per
altera

TC de crânio sem lesões

TC de coluna cervical sem luxações

Co. Alta do pulm

ABM

Acolhido(s) por: SARAH MARIA DA SILVA GUIMARAES

Data: 28/12/2018 17:08





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Michelangelo Moira Silva

EVOLUÇÃO CLÍNICA

#CTBMF#	Paciente retorna de avaliação otorrinolaringológica
20:00	Visto consciente, orientado, supine, sem
28.12.18	36 Ry. Ao exame BMF - epiglote, laringe e
	traqueia normais em sustentação e mobilidade
	adequada em movimento e sustentação
	Na relação, sem guarnição respiratória
	Se de face, sugere hipert I, pato
	de mandíbula dub. direita, superfície
	pericardica.
	co (1) 3/4
	(2) Paciente com BMF
	(3) Anest. BMF
	(4) Ag. Sala de Oper. com

Dr. Wagner Montenegro
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
Buro: 1300-1234
Residência: HUCC/PE/OP
CRO/PE 12750

Nota de Sala - CTBMF

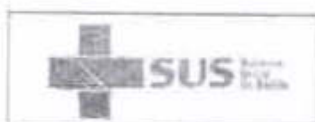
Paciente apresenta-se instável hemodinamicamente
antes da indução anestésica com $SAO_2 = 92\%$, PA 119×71
FC = 208 bpm;

Equipe de anestesia optou pela intubação oral acordada
antes da indução anestésica com PA e FC
durante o quadro optamos por realizar o atendimento
de urgência: sutura dos ferimentos na língua (transfixante)
com fio de seda mandibular, no lábio superior e
filamento labial, instalação de curvas de

Dr. Wagner Montenegro
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
Buro: 1300-1234
Residência: HUCC/PE/OP
CRO/PE 12750

COD.





606/108
**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)**



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital da Restauração	2 - CNES 0000655
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Michelangelo Moises A. Silva	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1072787
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	10 - TELEFONE DE CONTATO
11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA	12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Tc de yaco + 3D	14 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	16 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	18 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	20 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	22 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Pós Bmn

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE PROFISSIONAL SOLICITANTE	24 - DATA DA SOLICITAÇÃO 31.12.18
--	---

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)
---	---

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR AUTORIZAÇÃO	28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
---	--------------------------

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)
---	---

Cod. 0421



MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1304543947

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

NOME
MICHELANGELO NOIXES ANDRADE SILVA

FOTO

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSÃO / UF
210592377088 MEX PE

CPF
041.908.774-13

DATA DO NASCIMENTO
06/08/1981

PRACÇÃO
NOIXES SEVERO SILVA

MARLEIDE MARIA DA
ANDRADE SILVA

RENOVAÇÃO
ACQ
CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
05909265870

VALIDADE
30/09/2021

EMISSÃO
09/06/2012

CONDIÇÃO
Licença Ativ. Renunciada

Michelangelo Andrade Silva
Assinatura do Portador

LOCAL
OLINDA - PE

DATA DE EMISSÃO
27/10/2016

[Assinatura]
Diretor Regional - Santa Maria
Jorge Pinheiro
Assinatura do Diretor

61608426354
9075043637

OLINDA - PE (PE) NAMBUCO





<https://outlook.live.com/msd/0/deepink?version=2019110503.15&popoutv2=1>

13



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012B04655603 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANTONIO MACEEL DA SILVA

63405-530

RUA MIRASSOL PAULISTA-EE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

02/05/18

VEIC

CPF / CNPJ

PLACA

0-1/08-63405-530

CYN4771

DENAVAM

MARCA / MODELO

1826738445

MONZA/CG 125 PAN ES

ANO-FAB

CAT-IMP

SER-CHASSI

2014

05

2C3JC4130FR002621

PRÊMIO TARIFÁRIO

VALOR

DENAVAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO ANUITE (R\$)

IDF (R\$)

TOTAL SERVIDOR (R\$)

VEICULO 2350

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.240.801/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESCRIÇÃO DE LÍDER O BILHETE DPVAT

DESCRIÇÃO DE LÍDER O BILHETE DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676177 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO,
FRATURA DE OSSOS DA FACE (MANDÍBULA - LE FORT I).
TRAUMA CORTO CONTUSO NA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-MANDÍBULA), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS
CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1.2_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676177 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO,
FRATURA DE OSSOS DA FACE (MANDÍBULA - LE FORT I).
TRAUMA CORTO CONTUSO NA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-MANDÍBULA), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS
CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1.2_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00





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, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676177

Vítima: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MICHELANGELO MOIZES ANDRADE 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 15193166

Pag. 01493/01494 - 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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676177

Vítima: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 341

Agência: 000006066

Conta: 0000042041-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Cobertura (x) Tipos de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ACI:

3 - CPF da vítima:

041.006.774-13

4 - Nome completo da vítima:

MICHELANTONIO PIRES ANDRADE SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPRE Nº 493/2012

5 - Nome completo:

MICHELANTONIO PIRES ANDRADE SILVA

6 - CPF:

041.006.774-13

7 - Endereço:

VENEZUELA

8 - Endereço:

P. SETENTA E NOVE

9 - Número:

247

10 - Complemento:

11 - Bairro:

IMBANDUPE II

12 - Cidade:

FAUJETA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.421.211

15 - C-IMP:

01.9445-7421

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\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 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. Adotar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

6066

CONTA:

42043

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu sou titular de 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 não impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há 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.

Assim, autorizo a Seguradora LIDER a analisar o meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às ordens da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo e, finalmente, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Entendo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso necessário, de acordo com a Lei nº 6.194/74.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado(a) Civil

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Data de falecimento com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima viveu?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

☐ Vivos

☐ Falecidos

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

☐ Vivos

☐ Falecidos

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Esta declaração do dono e representante LIDER pagará, caso devolta, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, apartada desta, desde 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

FAUJETA

11.11.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Imprimir em papel A4



03/12/2019 - BANCO DO BRASIL - 16:55:00
126703267 0005

COMPROVANTE DE TED

CLIENTE: LUIZMAR DA SILVA OLIVEIRA
AGENCIA: 3267-8 CONTA: 11.985-0
=====

NR. DOCUMENTO	120.301
DATA DA TRANSFERENCIA	03/12/2019
REMETENTE	LUIZMAR DA SILVA OLIVEIRA
FAVORECIDO	MICHELANGELO MOISES ANDRA
CPF	041.006.774 12
BANCO	341 ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA 6066 PAULISTA PE	CONTA 000000042041
FINALIDADE	001 CREDITO EM CONTA
ORIGEM DO DEBITO	CONTA CORRENTE
VALOR	5,00
VALOR TOTAL	5,00
=====	
NR.AUTENTICACAO	8.310.919.852.CA9.789





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0118010887

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/11/2019 às 14:54

Complementa o BQ Número: 19E0118010885

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 28/12/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE - 22, 1 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A ESTAÇÃO DA CELPE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
EDUARDO MACIEL DA SILVA (OUTRO)
MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA**

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

MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARLEIDE MARIA DE ANDRADE SILVA Pai: MOISES SEVERO SILVA Data de Nascimento: 6/6/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA SETENTA E NOVE, 247 - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

EDUARDO MACIEL DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDUARDO MACIEL DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **OYN0771 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

file:///C:/Users/PoliciaCivil/infopol/xml/BOEPreview.html

1/



11/11/2019

Boletim de Ocorrência

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHONETE/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA FOI ATINGIDO PELA PARTE TRAZEIRA VINDO A CAIR AO SOLO.SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO , FICANDO INTERNADO POR QUATRO DIAS. A MOTOCICLETA EM TELA ESTA EM NOME DE:EDUARD OMACIEL DA SILVA, CPF Nº 047039654-70. PELO FATO EXISTE PEDE PROVIDÊNCIA POLICIAL. CASO AFETO A DP. DE PAULISTA.

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

Michelangelo Moizes Andrade Silva
MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FABIO DE MELO COSTA** - Matrícula: **2068770**



2 of 2

19/11/2019 14:34



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -
DP28ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0118010885

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/11/2019 às
14:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)
que aconteceu no dia 28/12/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE - 22, 1 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A ESTAÇÃO DA CELPE**
Local do Fato **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONECIDO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

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

MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARLEIDE MARIA DE ANDRADE SILVA Pai: MOISES SEVERO SILVA
Data de Nascimento: 8/8/1961 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA SETENTA E NOVE, 147 - CEP: 88888-888 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 01 (UNIDADE)

Placa: OYN0771 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONECIDO



Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

<https://servicos.eda.pe.gov.br/pcmambuco/visualiza>

Categoria/Marca/Modelo: CAMINHONETE/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto
apreendido: N/A
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA FOI ATINGIDO PELA PARTE TRAZEIRA VINDO A CAIR AO SOLO SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO, FICANDO INTERNADO POR QUATRO DIAS. A MOTOCICLETA EM TELA ESTA EM NOME DE: GUARD OTHACIEL DA SILVA, CPF Nº 647638694-70. PELO FATO EXISTE PEDIR PROVIDENCIA POLICIAL. CASO APETO A DP. DE PAULISTA.

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

A Michelangelo Moizes Andrade Silva
MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA
(VITIMA)

S.O. registrado por: JOÃO VIRGINIO ALVARO FILHO - Matrícula: 321855-2

João Virgínio Alvaro Filho





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Tipo(s) de cobertura:

☐ DANO (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do sinistro (se houver):

3 - CPF da vítima:

041.006774-13

4 - Nome completo da vítima:

MICHAELANTONIO PIRES ANDRADE SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo:

MICHAELANTONIO PIRES ANDRADE SILVA

6 - CPF:

041.006-774-13

7 - Endereço:

VENDADOR

8 - Estado:

P. SETENTA e NOVE

9 - Número:

247

10 - Complemento:

11 - Bairro:

MIRANDÓPOLIS II

12 - Cidade:

FALCÃO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.121-21

15 - E-mail:

61.9945-7421

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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, sob as penas da Lei 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\$3.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$3.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)☐ CONTA POUANÇA (somente para bancos tradicionais. Anote o nome da agência)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a qual eu/ela sou/dele(a) credenciado(a) 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 não impossibilito de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Autorizo a Seguradora LIDER a analisar o meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo a motorização conforme o disposto na Lei nº 5.194/74.

A assinatura nesta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso contrário de um dos lados.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Civil)☐ Divorçado☐ Desamparado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data da ocorrência:

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 tem filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

Exato o valor a ser pago a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e prestarem declaração, estando certa, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FALCÃO 19.11.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 04.02.2019.
EM: 05.02.2019.

Atendendo ao requerimento do Sr^o. MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA, RG Nº 210592377068 – MEX - PE, CPF Nº 041.006.774-13, declaramos que baseado na ficha de Ocorrência Nº S – 570552 do dia 28 de dezembro de 2018, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Paulista, por volta das 16hs e 30min, vítima de acidente com motocicleta, na Rodovia PE - 022, S/N, – Maranguapé II - Paulista, nas proximidades da CELPE, sendo em seguida removido ao Hospital da Restauração.


Carlos Augusto Sampaio
Coordenador
SAMU-Paulista

Av. Antônio Cabral de Souza nº 810, Maranguapé I CEP 53421-420 – Paulista/PE.



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:	13/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06066

CONTA: 000000042041-2

Autenticação:

0B34A34DBA9198847EE842CFF6EF45415945F3A5888782AA2A95B27434CAE766





COMPESA 09.749.035/0001-64
Documento N° 2019-2099624

MATRÍCULA 05723345.1 CLIENTE IVANILDO CIZINO DA SILVA CPF/CNPJ 179.483.954-49 VENCIMENTO 31/10/2019

INSCRIÇÃO 344.105.340.0224.000 ENDEREÇO DO IMÓVEL R. SETENTA E NOVE, N. 00247 - MARANGUAPÉ II PAULISTA PE 53421-321

INSCRIÇÃO PARA ENTREGA

OBSERVAÇÃO

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

VALOR R\$

ENTRADA DE PARCELAMENTO 1/1

58,16

TOTAL R\$ 58,16

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



2142000 (元) 固定資産増減

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

01234567891011121314151617181920212223242526272829303132333435363738394041424344454647484950515253545556575859606162636465666768697071727374757677787980818283848586878889909192939495969798991001011021031041051061071081091101111121131141151161171181191201211221231241251261271281291301311321331341351361371381391401411421431441451461471481491501511521531541551561571581591601611621631641651661671681691701711721731741751761771781791801811821831841851861871881891901911921931941951961971981992002012022032042052062072082092102112122132142152162172182192202212222232242252262272282292302312322332342352362372382392402412422432442452462472482492502512522532542552562572582592602612622632642652662672682692702712722732742752762772782792802812822832842852862872882892902912922932942952962972982993003013023033043053063073083093103113123133143153163173183193203213223233243253263273283293303313323333343353363373383393403413423433443453463473483493503513523533543553563573583593603613623633643653663673683693703713723733743753763773783793803813823833843853863873883893903913923933943953963973983994004014024034044054064074084094104114124134144154164174184194204214224234244254264274284294304314324334344354364374384394404414424434444454464474484494504514524534544554564574584594604614624634644654664674684694704714724734744754764774784794804814824834844854864874884894904914924934944954964974984995005015025035045055065075085095105115125135145155165175185195205215225235245255265275285295305315325335345355365375385395405415425435445455465475485495505515525535545555565575585595605615625635645655665675685695705715725735745755765775785795805815825835845855865875885895905915925935945955965975985996006016026036046056066076086096106116126136146156166176186196206216226236246256266276286296306316326336346356366376386396406416426436446456466476486496506516526536546556566576586596606616626636646656666676686696706716726736746756766776786796806816826836846856866876886896906916926936946956966976986997007017027037047057067077087097107117127137147157167177187197207217227237247257267277287297307317327337347357367377387397407417427437447457467477487497507517527537547557567577587597607617627637647657667677687697707717727737747757767777787797807817827837847857867877887897907917927937947957967977987998008018028038048058068078088098108118128138148158168178188198208218228238248258268278288298308318328338348358368378388398408418428438448458468478488498508518528538548558568578588598608618628638648658668678688698708718728738748758768778788798808818828838848858868878888898908918928938948958968978988999009019029039049059069079089099109119129139149159169179189199209219229239249259269279289299309319329339349359369379389399409419429439449459469479489499509519529539549559569579589599609619629639649659669679689699709719729739749759769779789799809819829839849859869879889899909919929939949959969979989991000100110021003100410051006100710081009101010111012101310141015101610171018101910201021102210231024102510261027102810291030103110321033103410351036103710381039104010411042104310441045104610471048104910501051105210531054105510561057105810591060106110621063106410651066106710681069107010711072107310741075107610771078107910801081108210831084108510861087108810891090109110921093109410951096109710981099110011011102110311041105110611071108110911101111111211131114111511161117111811191120112111221123112411251126112711281129113011311132113311341135113611371138113911401141114211431144114511461147114811491150115111521153115411551156115711581159116011611162116311641165116611671168116911701171117211731174117511761177117811791180118111821183118411851186118711881189119011911192119311941195119611971198119912001201120212031204120512061207120812091210121112121213121412151216121712181219122012211222122312241225122612271228122912301231123212331234123512361237123812391240124112421243124412451246124712481249125012511252125312541255125612571258125912601261126212631264126512661267126812691270127112721273127412751276127712781279128012811282128312841285128612871288128912901291129212931294129512961297129812991300

www.elsevier.com/locate/jmb

INVESTICI DA UNITÀ DI CONSUMO-DOMILI

© 2006 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 260: 459–467

1. 凡在本公司工作之员工，其工资由基本工资、绩效工资、奖金、津贴、补贴、福利费、社会保险费、住房公积金等组成。

	CONTO (RUB)	PROJEK (RUB)	WALUP (RUB)
1. Biaya pembelian bahan	215.000.000,00	3.700.000,00	39.000,00
2. Biaya pembelian jasa			8.750,00
3. Biaya pembelian barang			2.000,00
4. Biaya pembelian jasa			98.000,00
5. Biaya pembelian jasa			0,00
6. Biaya pembelian jasa			9.750,00
7. Biaya pembelian jasa			1.000,00
8. Biaya pembelian jasa			0,00

TOTAL CAPABLE

353

CONCENTRATI AL TOMARE IL NOME MIA									
PRIMO NOME	COGNOME	DATA NASCITA	LETTURA	ANNO NASCITA	LETTURA	PRIMO NOME	COGNOME	ANNO NASCITA	LETTURA
GIORGIO	ROSSI	15/05/1980	10/10/1980	15/05/1980	10/10/1980	GIORGIO	ROSSI	15/05/1980	10/10/1980

Category	Value	Percentage	Count
Overall	100.00	100.00	100
Male	50.00	50.00	50
Female	50.00	50.00	50
Age Group			
18-24	10.00	10.00	10
25-34	20.00	20.00	20
35-44	30.00	30.00	30
45-54	20.00	20.00	20
55-64	10.00	10.00	10
65+	10.00	10.00	10
Ethnicity			
White	60.00	60.00	60
Black	20.00	20.00	20
Hispanic	10.00	10.00	10
Asian	5.00	5.00	5
Other	5.00	5.00	5

DOI: 10.1002/1522-2675(200109)23:9<1011::AID-ANGL.10011>3.0.CO;2-1

Journal of Management Inquiry 20(4) 409-424

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 101–108

[illegible]



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos telefones abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para defeitos auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidória: 0800 021 5

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIWUOTECAWC6/DOORIGINAL.ASP?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 do DPVAT e convênios cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação (pessoa), informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A pessoa que fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento de indenização do Seguro DPVAT, conforme a determinação da referida Circular, esta pessoa é passível de comunicação ao COAF*.

* SUPRA-INTERVENÇÃO DE SERVIÇOS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELOS CONTROLES E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGUROS, PREVIDÊNCIA, RESCATE, AERONÁUTICA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * CONSELHO DE CONTROLES DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO SUPLENTE DO COAF, com a finalidade de disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de ilícitos previstas na Lei nº 9.13/98.

PELO SIGILO, eu, LUCIANA DA SILVA OLIVEIRA

inscrito(a) no CPF/CNPJ 406.013.406 / 63 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) da seguinte:

MICHAEL ANTONIO MIZES ANTONIO SILVA inscrito(a) no CPF sob o nº 041.006.774-13

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima A MEMA

inscrito(a) no CPF sob o nº _____ conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

☒ Recuso informar

Declaro, ainda, sob as penas da lei o para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia da Carteira de Registro 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 DOA SPATE</u>	Número: <u>312</u>	Complemento: <u>APTO 10º</u>
Cidade: <u>ABEEVE LIMA</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>53.570-110</u>
E-mail: _____		Telefone: <u>011 997457471</u>

Local e Data: ABEEVE LIMA 19.11.19

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

CLDLR-001-V001/2017

