



05/02/2020

Número: **0089425-40.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PEDRO JOSE DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57442268	05/02/2020 11:08	2690277_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 33ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00894254020198172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

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 **PEDRO JOSE DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **14/08/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 13/12/2017.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DA DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Observa-se que, além do boletim de ocorrência somente ter sido elaborado após 04 meses da data do suposto sinistro, de forma unilateral e sem a presença de testemunhas, o mesmo não contém as assinaturas do comunicante, ora parte autora, e da autoridade policial responsável pelo registro:

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFW5551** (PERNAMBUCO/GOIANA) Chassi: **9C2JC4110DR751474**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013**

Descrição: **MOTO CG 125 FAN.**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE INFORMA QUE, TRAFEGAVA NA MOTO EM QUESTÃO, NA QUALIDADE DE CONDUTOR, PELA PE-049, E QUANDO PEGOU A CURVA QUE DÁ ACESSO À BR-101, SENTIDO RECIFE, PERDEU O TEMPO DA REFERIDA CURVA, FOI ENTÃO QUE A MOTO ESCORREGOU E A VÍTIMA CAIU SOBRE O SOLO, FICANDO LESIONADO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, PELO QUE CONSIGNA O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

PEDRO JOSÉ DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **DANIEL PEREIRA VICENTE** - Matrícula: **151475-0**

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



Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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, CPC¹.

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

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

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS

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

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

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

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

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

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

¹“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 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.



DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

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

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

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

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

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

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

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

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

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.

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 citação⁴.

² 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.

³ **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.”

⁴ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”



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 ação⁵

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

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

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

⁵ art. 1º . (...)

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



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, 4 de fevereiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma 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/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **PEDRO JOSE DA SILVA**, em curso perante a **33ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00894254020198172001.

Rio de Janeiro, 4 de fevereiro 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





05/02/2020

Número: **0089425-40.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PEDRO JOSE DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57442 269	05/02/2020 11:08	ANEXO 1	Outros (Documento)



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 850032

Nome: Carlos da Silva

Foi atendido às 14 hs. do dia 17

Diagnóstico Provável: Doença cardíaca

Doença cardíaca

Doença cardíaca

Doença cardíaca

Doença cardíaca

Tratamento Realizado: Cardiovascular

Cardiovascular

Cardiovascular

Cardiovascular

Observação: Arterial de 14

Arterial de 14

Cópia de: Arterial de 14

Arterial de 14

Médico - CRM Nº 20000000000000000000

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

Documentação médica - hospitalar



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 850032

Nome: Carlos da Silva

Foi atendido às 14 hs. do dia 17

Diagnóstico Provável: Doença cardíaca

Doença cardíaca

Doença cardíaca

Doença cardíaca

Doença cardíaca

Tratamento Realizado: Cardiovascular

Cardiovascular

Cardiovascular

Cardiovascular

Observação: Arterial de 14

Arterial de 14

Cópia de: Arterial de 14

Arterial de 14

Médico - CRM Nº 20000000000000000000

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

Nº Atendimento: 850232

Nome: PEDRO JOSÉ DA SILVA

Foi atendido às 22 hs. do dia 20/08/17

Diagnóstico Provável: HIST. DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM FRATURA C70
(E) E MAXILA (E)

Tratamento Realizado: 1 - 1 ACTA BMF
2 - 2 ACMP. AMBULATORIAL
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO
QUIRÚRGICO EM QUERO SERVIÇO.

Observação: COMPARECER AO HOSP. OSWALDO
Cruz, AMBULATÓRIO GERAL, SALA 115
DO 014, DIA 21/08/17

Cópia de:

Dra. Natália Siqueira

Clínica e Traumatologia

Buco-Maxilo-Facial

Residência HUOC/FOP/UPe

CRM-PE 11328

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

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017



HGA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital Geral de Areias
FICHA DE ATENDIMENTO

HGA

Número do Registro: 2017/EB000179 Data e Hora de Atendimento: 31/08/2017 09:56 Pronto-socorro Local: Pronto-socorro Integrado: Local de Entrada: Emergência de BUCO-MAXILO

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 681142 PEDRO JOSE DA SILVA
Nascimento: 07/11/1967 Idade: 49
Estado Civil: Não informado Profissão: HOSPITAL DA FACE
Documento de Identidade: Filiação: SEBASTIANA GERALDO DA SILVA
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA DO CARAPICHO N° 55 ZONA RURAL CIDADE: GUAJANA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: Regi: RICELE 31/08/2017 10:01:00 Esp: RICELE 31/08/2017 10:03:06
Acompanhante:
Ocorrência: ENCAMINHAMENTO - PROCEDIMENTOS - Outros: Encaminhamentos para Aplicação de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: DOMICILIO

Meio de Transporte: Outros:

Atendimento Médico:

Data: 31/08/17 Hora: Médico: CRM:

Queixa Principal:

Paciente com dor no peito A-P e L-Z

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Erótico: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: ☐ Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: ☐ Motorista ☐ Passageiro ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto: ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Vitima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: ☐ Transporte realizado por: ☐
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: ☐ Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por via: ☐

Observações:

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temperatura: °C

B: Respiratório

C: Circulatório PA: X mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MISE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Escala: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escala: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escala: Hora:

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

E: Abdômen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1- Patologia Clínica:

Exames Solicitados: 2- Especializados:

Indicação dos Exames:

Cod. Procedimento

Indicando Procedimentos:

Ass. Médico - Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Outros ☐

Evolução da Enfermagem:

Ass. Enfermeira - Carimbo

Diagnóstico Definitivo:

Fatores de risco metabólicos e musculares

Definição do Caso:

Condição de Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Outros ☐ Solicitação de Alta e Pedido ☐ Exames ☐

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Insuficiente ☐ Piorado
☐ Óbito

Transferido para:

Admissão na Clínica:

Admissão no Serviço Social:

Confirmação do Nome:

Assist. Social

Confirmação do Endereço:

Assist. Social

Procedimentos: Alta ☒ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

Termo de Responsabilidade (Paciente):

Estou ciente das normas administrativas e médicas estabelecidas neste Hospital e concordo com a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames necessários para a realização de procedimentos cirúrgicos.

Data:

Nome completo igual:

Nº. da Identidade:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta e Pedido:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste hospital, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo igual:

Nº. da Identidade:

Assinatura:

Assinatura: 31/05/2017 09:57:07

Assinatura: 31/05/2017 09:57:39 BRUNO

ARUAM SEGUROS
20 DEZ 2017



HGA 2017/BM000140
Front Same: 681142 Senha:
Front Int: 0 SUS:
681142 PEDRO JOSE DA SILVA

Ent: ENFERMARIA MASCL
Leito: 1



SECRE
LAUDO PA

HOSPITAL DA FACE
Nascimento: 07/11/1967 Idade: 49
Mãe: SEBASTIANA GEFALDO DA SILVA
Acaso:
RUA DO CARAPICHO N° 53 701204048841115
ZONA RURAL GOIÂNIA
Reg: SICELLE 31/08/2017 10:02:00 Isp: SICELLE 31/08/2017 10:05:05

Fone: 989443200
PE 530006000

Unidade de Saúde: **HOSPITAL GERAL I**

Nome do Paciente:

Nome da Mãe:

Nº Prontuário:

Endereço:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTORIA CLINICA:

paciente com história de fratura nos membros superiores e inferiores

EXAME FÍSICO:

paciente em boas condições físicas, sem alterações de vitalidade e de sinais vitais

PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES:

Fratura nos membros superiores e inferiores

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura nos membros superiores e inferiores
PROCEDIMENTO SOLICITADO: Ortopedia de fraturas de membros superiores e inferiores
CARATER DA INTERNAÇÃO: GLETA

DATA: 31/08/17

DATA: 1/1/17

Dr. Mateus de Carvalho
Cirurgião e Traumatologista
Bacharel em Medicina
Registro de Medicina - CRM/PE 11930

HGA/HOSP. DA FACE
Prof. Dr. Antônio F. Caubi
Cir. Buco-Maxilo-Facial
CRM/PE 2698

Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante da Internação

Carimbo e Assinatura do Médico Autorizador da Internação

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

NOME DA UNIDADE:

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante da Internação

Data de Encaminhamento

IMPRESSO NA GRAFICA DO H.G.A.





VERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE AREIAS

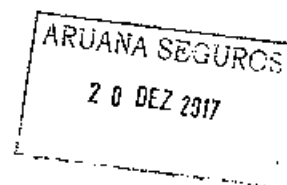
DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação, que estamos entregando cópia xerox da
ficha de atendimento médico do paciente Pedro Jose da Silva sob o
nº2017/EB000179 no dia 31/08/2017.

Recife, 20 de Outubro de 2017.

Hospital Geral de Areias
Ana Rosa de Andrade Lima
Gerente de Contas Médicas - SAME
ANA ROSA DE ANDRADE LIMA

GERENTE DO SAME



Av. Recife, nº 801 – Areias – Recife/PE – CEP: 50.870-901
Telefones : (81) 3182-3000 / 3182-3014
e-mail: hga@saude.pe.gov.br



HGA 2017/EM000140
Pront Same: 681142 Senha:
Pront Int: 0 SUS:
681142 PEDRO JOSE DA SILVA
HOSPITAL DA FACE

Enf: ENFERMARIA MASCL
Leitor: i

SECRET

SU
LAUDO PA

Nascimento: 07/11/1967 Idade: 49
Mãe: SEBASTIANA GERALDO DA SILVA
Acamp:
RUA DO CARAPICHO N/ 35 701204040341115
ZONA RURAL GOIANA
Reg: RICELLE 31/08/2017 10:02:00 Iap: RICELLE 31/08/2017 10:03:06

Fone: 989443200
PE 550000000

NOME:

Nº PRONTUARIO:

ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO: / / CONDIÇÃO: () SEGURADO () CONJUGUE () FILHO ()
OUTROS

NOME DO SEGURADO:

C.P.F. DO MÉDICO SOLICITANTE:

C.P.F. DO MÉDICO RESPONSÁVEL:

VINCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () DESEMPREGADO
() APOSENTADO () NÃO SEGURADO () AUTÔNOMO

DIAGNÓSTICO INICIAL: *Fraturas da omoplata e maxilar* CID: 502.4

PROCEDIMENTO SOLICITADO: *Artroscopia de fraturas da omoplata e maxilar* CÓDIGO: 09.02.02

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS: () MUDANÇA DE PROCEDIMENTO () DIÁRIA DE UTI
() DIÁRIA DE ACOMPANHANTE () VACINA ANTI RH
(X) USO DE PROTESE ORTESE () USO DE OXIGENADORES
(X) USO DE FATORES E COAGULAÇÃO () NUTRIÇÃO PARENTERAL

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

1. Placa de titânio sistema 2.0mm
+ 6 minas parafusos de titânio
2. Placas de titânio sistema 1.5mm
+ minas 10 parafusos
total de placas 3

RESUMO DA INTERNAÇÃO: *Doente com fraturas de fratura de omoplata e maxilar*
com perda do espaço A-P e deslocamento
aberto limbo

HGA/HOSP. DA FACE
Prof. Dr. Antonio S. Gaud
C.R. Beto Maria Paiva
C.R. 2896

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

DIAGNÓSTICO DA INTERNAÇÃO: *Fraturas da omoplata e maxilar* CÓDIGO: 502.4

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CÓDIGO:

MOTIVO DA ALTA: *melhoras da guisa*

DATA DA INTERNAÇÃO: 31/08/17 DATA DA ALTA: 01/09/17 DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO: 02



ESPECIFICAÇÃO DOS EXAMES REALIZADOS

Exame de função
Hemograma de face
Ureia e creatinina
CDO perfuração e

ARUANA SEGUROS
20 DEZ 2017

Doença

Pancreatite dos apendices

OUTROS PROCEDIMENTOS

E.C. E + Riolobomifilo

DATA:

15/01/2018

CLÍNICA HOSP. DA FACE
ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL
Dr. Antonio F. Caubi
CRO-PE 2096

DATA:

15/01/2018

ASSINATURA DO CHEFE DA CLÍNICA

IMPRESSO NA GRÁFICA DO H.G.A.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE AREIAS

AV. RECIFE, 801 - AREIAS - RECIFE - TELE.: 31823000

RECEITUÁRIO

P/ PEDRO JOSÉ DA SILVA

Paciente com histórico de
acidente motociclístico evoluindo
com fratura de ossos do complexo
zigomático-orbitário esquerdo.
O mesmo foi submetido a
cirurgia para fixação interna
rígida das fraturas neste
estabelecimento no dia 24/08/17
e continua em acompanhamento
pós-operatório pela equipe de Cir.
Gerais e Ortopedia.

30/08/17

DATA

Dr. Virgílio Ferraz
Cirurgia Bucodentofacial
CRO-PE 11.735

ASS.: MÉDICO - C.R.M.
ODONTÓLOGO - C.R.O

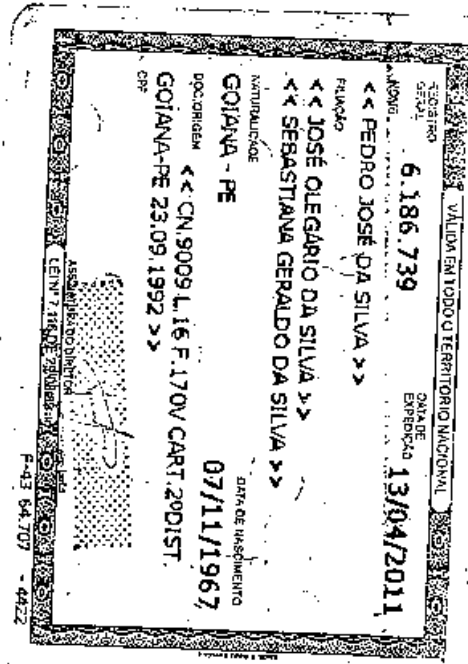
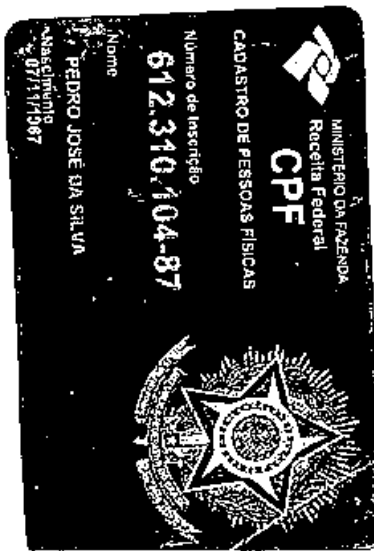
ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017





ARUANA SEGUROS
20 DEZ 2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
LITA GUILHERME MARGARETINA DE CARVALHO

DIG. CONTORNO (C/DIG. EMBR.)
B31716 806 PE

CPF
003.552.334-65 01/11/2001

PLAÇÃO
MARCON ANTON ALBUQUERQUE
DE CARVALHO
ROBERTA ALBESARINA
MARGARETINA ALBUQUERQUE

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
12/01/2012 18/03/2010

PROPOSTA
04903238220

INSCRIÇÃO
03/01/2000

VALIDADE
18/03/2010

Observações
sem observações

LOCAL
PAULISTA - PE

DATA EMISSÃO
12/01/2012

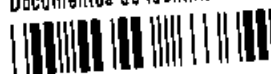
16440968200
PE044118453

DETRAN - PE/PERNAMBUCO

1019700386

1019700386

Documentos de identificação



20 DEZ 2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012714079338
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 491535970 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2016

NOME
LEONARDO DOMINGOS DE ALEQUERQUE

GOIANA - PE

CPF / CNPJ 044.931.704-84 PLACA PFW5551

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C2JC4110DR751474

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN K3 ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP. / POT. / CIL. 2P/124CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA I IPVA 2016 QUITADO 1º *****
V FAIXA IPVA. 1 PARCELAMENTO / COTAS 2º *****
A 1 ***** 3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 IOP (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO FATO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

GOIANA 13/04/16
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DUT



ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Yves de Mello JuniorDATA DO ACIDENTE 14/08/14 CPF DA VITIMA 612.310.104 - 82PORTADOR DO DOCUMENTO Yves de Mello JuniorQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR 1 VITIMAA VITIMA Pedro Yves de Mello JuniorENDEREÇO DO PORTADOR Rua Duque de CaxiasNº 410 COMPLEMENTO 10 BARRIO PenhaCIDADE Paraná UF PR CEP 51900-000E-MAIL YvesdeMelloJunior@uol.com.br TELEFONE (51) 3011-3224

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE DECLARAÇÃO EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTERIZADA DE IML, LINGUAGEM DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ VITIMA MENOR DE 18 ANOS OU MENOR DOBRO DO IDADE DO ACIDENTE, SE HOUVER, COM PROVA DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ DECLARAÇÃO DA REPRESENTANTE LEGAL
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☒ REGISTRO DE DECLARAÇÃO EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓRDIDAS EM DESEQUILIBRIO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTES ANTERIORES E LEGÍVEIS DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUITADAS☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
 - MORTE = R\$ 13.500,00
- ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ATENÇÃO: WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

RECEBEMOS DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20.12.14

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DA VITIMA, MAIORIA ARUANA SEGUROS

E-MAIL 8.314.338@sbs.pr

ASSINATURA

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180001455 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 14/08/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE FACE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES.
AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180001455 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 14/08/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ZIGOMATICO E DA MAXILA ESQUERDOS

Descrição do exame médico pericial: Sem sequela permanente

Resultados terapêuticos: VITIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO ZIGOMATICO E DA MAXILA ESQUERDOS COM OSTEOSINTESE COM PLACA E PARUFUSOS APRESENTANDO CONSOLIDAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. SEM LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO OU PREJUÍZO AO PATRIMÔNIO FÍSICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 12/01/2018

Conduta mantida:

Observações: SEM SEQUELAS DE LESÕES CRANEO FACIAIS.

OBS - MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES

CRM do médico: 18568

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

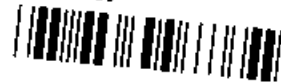
CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Pedro Jose da Silva
Identidade: 6.186.739 CPF: 612.310.104-87 Estado Civil: Solteiro
Profissão: Carreiro End: Rua Carrapicho, 16, Vila Carrapicho, Goiânia

Outorgado: Luiz Guilherme margabeira de Carvalho
Identidade: 8.317.118 CPF: 063.563.324-65 Estado Civil: casado
Profissão: Aux. administrativo End: Rua Duque de Caxias, 170 D, Centro, Goiânia

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas, referente ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima Pedro Jose da Silva

Identidade: 6.186.739 CPF: 612.310.104-98

CARTÓRIO
CARLOS TORRES

Goiânia 14 de dezembro de 2017.

2^o Mo Ppe ab 5 ier

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIÂNIA
Rua Dr. Manoel Gomes, nº 83, Centro - Goiânia / PE - CEP: 55.900-000
TEL: (61) 3628-0318 - e-mail: notariado@notariado.go.gov.br - CNPJ: 14.098.000/0001-90
Reconheço, Por Autenticidade a firma de: PEDRO JOSE DA SILVA, dou
fé. Goiânia/PE 14/12/2017 09:48:24 Emol:3,49; TSNR:0,78; FERC:0,39;
TOTAL: 4,66. OP.:112 Selo digital nº 0073585.JAN12201701.00003.
CARLOS G. G. TORRES TABELIAO Consulte
autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital

ARUANA SEGUROS
20 DEZ 2017



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: PEDRO JOSE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180001455
Vitima: PEDRO JOSE DA SILVA
Data do Acidente: 14/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180001455**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12154927

Pag. 01777/01778 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: PEDRO JOSE DA SILVA

Sinistro: 3180001455
Vítima: PEDRO JOSE DA SILVA
Data do Acidente: 14/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180001455** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00037/00038 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12176018



Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: PEDRO JOSE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180001455
Vítima: PEDRO JOSE DA SILVA
Data do Acidente: 14/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180001455**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **14/08/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00623/00624 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 12229851



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3180001455 - 1
Nome do(a) Examinado(a): PEDRO JOSE DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): RUA CARRAPICHO nº 16 - VILA CARRAPICHO - GOIANA/PE
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 6186739 - SSP
Data local do exame: 12/01/2018 RECIFE/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO ZIGOMATICO E DA MAXILA ESQUERDOS

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

☒ SIM

☐ NÃO

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

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

VITIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO ZIGOMATICO E DA MAXILA ESQUERDOS COM OSTEOSINTESE COM PLACA E PARUFUSOS APRESENTANDO CONSOLIDAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. SEM LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO OU PREJUÍZO AO PATRIMÔNIO FÍSICO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM

☒ NÃO

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

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)).

☐ Vitima em tratamento

☒ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 12/01/2018

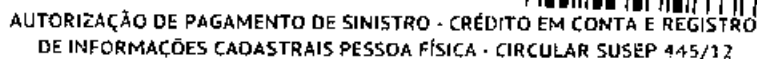
Médico Perito: THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES CRM:18568/PE


Dr. Thiago Pedro de A. Alves
MÉDICO
CRM 18568

Assinatura do perito Examinador - CRM



0-9 A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor ou idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

CPFD 43 V 50-19

Idioma completo de virtudes

612,310.304 - 87

Pedro Jose da Silva

Nome completo		CPF titular da conta		Filial/Seu	
Pedro Jose da Silva		612.310.104 - 87		Recusou	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Larnapicho		16			
Bairro		Estado		CPF	
Rua Larnapicho		PE		55900-000	
Email				Telefone (DDD)	
marceloapendenciar@outlook.com				(81) 3011-3224	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVFL, residir no endereço acima, segue em anexo a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

☒ RECURSO INFORMAR R\$ 2.000,00 ATE R\$ 5.000,00		SEM RENTUA R\$ 5.000,00 ATE R\$ 7.000,00		ATE R\$ 7.000,00 R\$ 7.000,00 ATE R\$ 10.000,00		R\$ 10.000,00 ATE R\$ 50.000,00 ACIMA DE R\$ 50.000,00	
☒ CONTA POUPANCA (Somente para os bancos abertos, anote uma opção) BRASECO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ FAL (341) CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)							
AGENCIA 0220		CONTA 510021617		BANCO FAL		CONTA CORRENTE (todas as opções)	
AGENCIA 0220		CONTA 510021617		BANCO FAL		CONTA 510021617	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Goiânia / PE, 14 de Dezembro de 2012.

Local e Data

* DLMo JPD ab 5.10.00

Comissão de Assessoria de Beneficência

Campe 2 Assinatura do Representante Local: _____

DATE OF DEATH 12/23/2013

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017



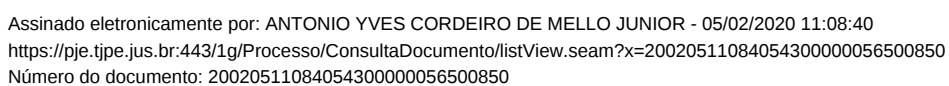
2014年 05 星期四

CLIENTE: PENA, JOSE DA SILVA
AGENCIA: Q224 R CONTAS: 510,071.517/0

DATA 24/07/2017
NR. DOCUMENTO 136.104
VALOR TOTAL ~~136.104~~

NR. AUTENTICACAO D. 349.488.480.112.454
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTR- OUTRAS INFORMACOES.

ARUANA SEGURCS;
20 DEZ 2017





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0134003999**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/12/2017** às
12:19

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **14/8/2017** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RUA CURTUME, 1, PE-040** - Bairro: **CENTRO** -
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
LEONARDO DOMINGOS DE ALBUQUERQUE (OUTRO)
PEDRO JOSÉ DA SILVA (VÍTIMA)

ARUANA SEGUROS
20 DEZ 2017

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO. (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de:
Sr(a): PEDRO JOSÉ DA SILVA

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

PEDRO JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEBASTIANA GERALDO DA SILVA Par **JOSÉ OLEGÁRIO DA SILVA** Data de Nascimento: **7/11/1967**
Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **0180789/008/PE (RG), 61231018487 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **JARDINEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 04280238**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 51, SÍTIO CARRAPICHO. - CEP: 0 -**
Bairro: **CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

LEONARDO DOMINGOS DE ALBUQUERQUE - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Boletim de ocorrência



13/12/2017, 12:13



Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LEONARDO DOMINGOS DE ALBUQUERQUE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PEDRO JOSÉ DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEW0001** (PERNAMBUCO/GOIANA) Chassi: **9C2JC4110DR701474**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013**
Descrição: **MOTO CG 125 FAN.**

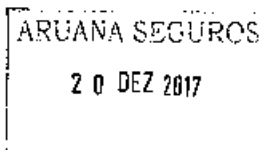
Complemento / Observação

O NOTÍCIANTE INFORMA QUE, TRAFEGAVA NA MOTO EM QUESTÃO, NA QUALIDADE DE CONDUTOR, PELA PR-040, E QUANDO PRECISOU FAZER A CURVA QUE DÁ ACESSO À BR-101, SENTIDO RECIFE, PERDEU O TEMPO DA REFERIDA CURVA, FOI ENTÃO QUE A MOTO ESCORREGOU E A VÍTIMA CAIU SOBRE O SOLO, FICANDO LESIONADO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, PELO QUE CONSIGNA O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

Pedro José da Silva
PEDRO JOSÉ DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **DANIEL PEREIRA VICENTE** - Matrícula: **101470-0**



13/12/2017, 12:13



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221 204 ou 0800 0221 206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <u>Pedro Jose da Silva</u>	CPF da Vítima <u>612.310.104 - 87</u>	Data do Acidente <u>14/08/17</u>
---	--	-------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email <u>mianrenziapendenciar@outlook.com</u>	Telefone (DDD) <u>81) 3031 - 3224</u>

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Declaração de Inexistência de IML

Joiana - PE, 14 de Dezembro de 2017
Local e Data

ARUANA SEGUROS**20 DEZ 2017**

Pedro Jose da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





**SAMU
192**

**PREFEITURA DE
GOIANA**
Secretaria Municipal de Saúde



SECRETARIA DE SAÚDE DE GOIANA

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU 192 - GOIANA

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Atendendo Pedro Góes da Silva ao requerimento do Sr. (a):

RG: 0.186.739-1 CPF: 012.310.104-87, constam em nossos arquivos a ocorrência de nº 307289 do dia 19 de Agosto de 2017, onde o mesmo foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU/GOIANA por volta das 15 horas e 20 minutos, vítima de Queda de Moto. A Ocorrência aconteceu no (a) PE-45, onde após os cuidados, a

vítima Hospital do Restauração foi removida para

Flávia Virginia Borges da Silva
CPF: 081.024.284-38

Coordenação de Enfermagem

Comprovação de ato declaratório



Goiana, 11 de dezembro de 20 17

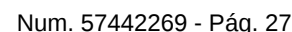
ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

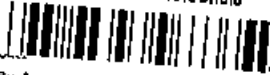


DETACHABLE COVER

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Comprovante de residência



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 24/04/2002

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Red'A, Pernambuco - CEP 50050-900
CNPJ 10.653.932/0001-00 | Ins. Est. 006/943-93 | www.celpe.com.br

CONSUMO ELÉTRICO
MELHIO DA COSTA LEITE NETO

ENDEREÇO: RUA DO DE CAXIAS 170 D

CPF 214.938.474-69

CENTRO/GOIÂNIA
GOIÂNIA-PE
55000-000

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Tráfego

CONTA CONTRATO: 2431353019
PERÍODO: 11/2017
DATA DE VENCIMENTO: 20/11/2017
DATA PREVISTA PRÓXIMA CONTABILIZAÇÃO: 09/12/2017
TOTAL A PAGAR (R\$): 338,46

Nº DA NOTA FISCAL: 000329302
Nº DO CLIENTE: 2001321578
Nº DA INSTALAÇÃO: 4080431

Consumo Alvo (kWh)
Acesso ao Banco de Dados
Contribuição Reta de Energia
Multa por atraso nº 000261821 - 05/09/17
Juros por atraso nº 000261821 - 05/09/17
Atualização GPM nº 000261821 - 05/09/17
Doação APAS - 0900 722 2723

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
250,000000	0,10136348	25,34
		29,11
		48,78
		9,80
		2,88
		1,75
		10,00

TOTAL DA FATURA 338,46

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
32-100001	CAT	01-10-2017	48.244,40	48.244,40	01-11-2017	48.244,40	48.244,40	31	1.000,00		28,40

PERÍODO	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)	PERCENTUAL
NOV-17	384	31,07%	
OUT-17	384	31,07%	
SET-17	416	33,84%	
AUG-17	315	25,62%	
JUL-17	430	35,24%	
JUN-17	458	37,24%	
MAY-17	418	33,84%	
ABR-17	405	32,84%	
MAR-17	468	38,04%	
FEB-17	518	41,84%	
JAN-17	455	36,84%	
DEZ-16	491	39,84%	
NOV-16	486	39,44%	

Atenção: Este comprovante é emitido pela Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) e não possui validade jurídica. Para mais informações, consulte o site da CELPE ou o telefone 0800 722 2723.

ATENÇÃO: CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI DÍVIDAS EM ABERTO

Vencido	Data de Vencimento	Valor	Valor em Aberto	Valor em Aberto
2001321578	01/11/2017	338,46		

CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)	PERCENTUAL
28,40	31,07%	
38,40	41,84%	
48,40	52,61%	
58,40	63,38%	
68,40	74,15%	
78,40	84,92%	
88,40	95,69%	
98,40	106,46%	

CONTA CONTRATO: 2431353019
PERÍODO: 11/2017
DATA DE VENCIMENTO: 20/11/2017
TOTAL A PAGAR (R\$): 338,46
83890000003-0 38460011002-8 43135301910-6 11208457453-4



ARUANA SEGUROS
20 DEZ 2017





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 117124 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 a 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 COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF: órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, zelar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.131-98.

Pelo exposto, eu Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 65
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Pedro Jose da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 632.310.104 / 87 do sinistro de DPVAT cobertura Smolicez da vítima Pedro Jose da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Declaracao Circular SUSEP 445/12

☒ 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: Rua Duque de Caxias Número 370 Complemento D
Bairro Centro Cidade Goiana Estado PE CEP 55900-000
E-mail mauricioaponteira@outlook.com Telefone comercial (DDD) (81) 9.7808.6287 Telefone celular (DDD) (81) 3011-3224

Goiana 14 de Dezembro de 2017
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



CLERL 141700170517



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Leonardo Domingos de Albuquerque
RG nº 6.924.422, data de expedição 08/10/2001
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 044.931.704-84, com
domicílio na cidade de Goiana, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Carrapicho, nº 39,
complemento zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Pedro Jose da Silva cujo o condutor era
Pedro Jose da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: CG 125 TAN RS
Ano: 2012/2013
Placa: PFW-5551
Chassi: 902 JE41100R 751474
Data do Acidente: 31.08.2014
Local e Data: Goiana/PE, 26/09/2017

Declaração do proprietário do veic



Leonardo Domingos de Albuquerque
Assinatura do Declarante

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

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIANA
Rua Dr. Manoel Borda, nº 83, Centro - Goiana/PE - CEP: 55.900-000
Tribuna 1426-0216
Reconheço, por Autenticidade a firma de: LEONARDO DOMINGOS DE
ALBUQUERQUE, dou fé. Goiana/PE, 26/09/2017 10:44:47 Emol: 3,49;
TGNR: 0,78; FERC: 0,39; TOTAL: 4,27. CP: 112 Selo digital nº
0073585.ECB09201701.01012. 26/09/2017 10:44:47
TORRES TABELTAD Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital



ARUANA SEGUROS
20 DEZ 2017

