



Número: **0089924-24.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
REGINALDO ENRIQUE DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57463887	05/02/2020 14:22	<a href="#">2690355_CONTESTACAO_01</a>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 21ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00899242420198172001

**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."

**TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.**, empresa seguradora com sede à Rua Sampaio Viana, 44 - Paraíso - São Paulo - SP - CEP: 04004-001, inscrita no CNPJ sob o número 33.164.021/0001-00 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 **REGINALDO ENRIQUE 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 **19/06/2017**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 12/07/2017.**

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

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



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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

#### **DA IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO**

#### **DA PROCURAÇÃO DESATUALIZADA**

Inicialmente cumpre informar que mediante análise dos autos verifica-se que não há nos autos procuração atualizada outorgando poderes para advogado que assinou eletronicamente a petição inicial.

Vejamos o entendimento do STJ:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. AUSÊNCIA DE INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO OU SUBSTABELECIMENTO DA ADVOGADA SUBSCRITORA DO RECURSO.

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;



RECURSO ASSINADO ELETRONICAMENTE. IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 115/STJ.

1. "A prática eletrônica de ato judicial, na forma da Lei n. 11.419/2006, reclama que o titular do certificado digital utilizado possua procuração nos autos, sendo irrelevante que na petição esteja ou não grafado o seu nome" (AgRg no REsp1.347.278/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, CORTE ESPECIAL, julgado em 19/6/2013, DJe 1º/8/2013.).

2. Nos termos da jurisprudência do STJ, a identificação de quem peticiona nos autos é a proveniente do certificado digital, independentemente da assinatura que aparece na visualização do arquivo eletrônico.

3. "A juntada posterior do instrumento de procuração ou substabelecimento não tem o condão de sanar o vício contido no recurso manejado, ante a inaplicabilidade dos arts. 13 e 37 do CPC no âmbito dos recursos excepcionais. Precedentes da Corte Especial e da 1ª Seção do STJ" (AgRg no REsp 1.450.269/RJ, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 25/11/2014, DJe 2/12/2014.).

**AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 724.319 – BA (2015/0134460-5)**

Neste sentido é importante consignar que referido documento é de suma importância a esses autos, eis que, para que a representação da parte seja válida é necessária à outorga de mandado atualizada.

Diante do exposto, em face da irregularidade na representação processual da parte autora requer intimação da mesma para sanar o vício ora anunciado, sob pena de indeferimento da petição inicial.

### **DO MÉRITO**

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

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

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, CPC<sup>3</sup>.

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.

<sup>3</sup>"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)



## **DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE**

### **AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS**

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

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

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

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

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

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

### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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



**PARECER DE PERÍCIA MÉDICA****DADOS DO SINISTRO**

**Número:** 3170431661 **Cidade:** Araçoiaba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REGINALDO ENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**PARECER**

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA E TCE.

**Descrição do exame médico pericial:** CONSCIENTE, ORIENTADO, FORÇA SEGMENTAR E GLOBAL PRESERVADAS, SEM DEFICIT FOCAL. SINAL DE DRAGONA POSITIVO A ESQUERDA, LIMITAÇÃO DA ADM OMBRO A ABDUÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA/INTERNA, FORÇA NO MEMBRO PRESERVADA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR: SUPORTE CLÍNICO E EXAMES COMPLEMENTARES. NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/09/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Victor Ramires Reynaux Borba

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

**DANOS**

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**PRESTADOR**

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

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.

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



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, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 19/06/2017. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:**

### **BANCO DO BRASIL**

#### **COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA**

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001                      AGÊNCIA: 1769-8                      CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02191

CONTA: 000000027881-9

Nr. da Autenticação 823506D6D404AE4D

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 parciais<sup>4</sup>.

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 STJ<sup>5</sup>.

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> **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 citação<sup>6</sup>.

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 ação<sup>7</sup>.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

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

### **CONCLUSÃO**

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

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

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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



- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 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](http://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 **TOKIO MARINE SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **REGINALDO ENRIQUE DA SILVA**, em curso perante a **21ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00899242420198172001.

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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Número: **0089924-24.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
REGINALDO ENRIQUE DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57463888	05/02/2020 14:22	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	26/09/2017
------------------------	------------

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

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02191

CONTA: 000000027881-9

---

---

Nr. da Autenticação 823506D6D404AE4D



# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Reginaldo Enrique da Silva

RG nº 59598 <sup>00036</sup> data de expedição 24/05/95 Órgão CTPS

CPF nº 880.561.984-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>P. Bom Sucesso</u>
Número	<u>149</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Aracoiaba</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53690-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97985-3756 / 99138-2325</u>
E-mail	<u>marcondanerosme@fletmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Japicó, 17/07/2017

Assinatura do Declarante: Reginaldo Enrique da Silva

MILLENNIUM REGISTRO  
ADMINISTRATIVO DE REGISTRO  
27 JUL. 2017







Atividade Criada pela Lei 10.438, de 26/09/02  
SISTEMA DE FISCALIZAÇÃO ELETRÔNICA  
Prestação - CEP 00355-002  
43-93 | www.calpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
SANDRA FIRMÃO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA RUI SUCESSO, 149

CPF: 036.914.854-98 NIS: 16647536214

CENTROVARACIABA  
AFACIABA PE  
53890-000

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDIMENTO COM NIS  
Mantido

4004288670 08/2017  
DATA DE YEDOCIMENTO 05/07/2017  
DATA DE YEDOCIMENTO 28/07/2017  
TOTAL A PAGAR (R\$) 98,67

DATA DE YEDOCIMENTO 03/07/2017  
DATA DE YEDOCIMENTO 28/07/2017  
DATA DE YEDOCIMENTO 28/07/2017

	CONSUMO (KWh)	PREÇO (R\$)	UNIDADE (R\$)
Consumo Ativo até 20 kWh	20,000000	0,24348412	7,50
Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh	70,000000	0,41740130	28,21
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	21,000000	0,22810504	44,45
Atividade no Dâmetro VERMELHA			0,37
Consumo Ativo superior a 220 kWh			18,78
ICMS Substituição CTE-NF 00355340-28/04/17			0,89

TOTAL DA FATURA 98,67

NR DO MEDIDOR	TIPO DA FREGIO	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	LEITURA	NR DE CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
11111111	11111111	11111111	11111111	11/11/11	11111111	11111111		11111111

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PREÇO (R\$)	UNIDADE (R\$)
JUN 17 - 171	171	0,24348412	7,50
JUL 17 - 172	172	0,41740130	28,21
AUG 17 - 173	173	0,22810504	44,45
SET 17 - 174	174	0,37	0,37
OCT 17 - 175	175	18,78	18,78
NOV 17 - 176	176	0,89	0,89
DEZ 17 - 177	177		
JAN 18 - 178	178		
FEB 18 - 179	179		
MAR 18 - 180	180		
ABR 18 - 181	181		
MAY 18 - 182	182		
JUN 18 - 183	183		

0483 A730 174E 2C14 7BFF 0F45 78D6 C807

Atividade Criada pela Lei 10.438, de 26/09/02  
SISTEMA DE FISCALIZAÇÃO ELETRÔNICA  
Prestação - CEP 00355-002  
43-93 | www.calpe.com.br

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PREÇO (R\$)	UNIDADE (R\$)
JUN 17 - 171	171	0,24348412	7,50
JUL 17 - 172	172	0,41740130	28,21
AUG 17 - 173	173	0,22810504	44,45
SET 17 - 174	174	0,37	0,37
OCT 17 - 175	175	18,78	18,78
NOV 17 - 176	176	0,89	0,89
DEZ 17 - 177	177		
JAN 18 - 178	178		
FEB 18 - 179	179		
MAR 18 - 180	180		
ABR 18 - 181	181		
MAY 18 - 182	182		
JUN 18 - 183	183		

MILLENNIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTDA  
27 JUL. 2017



504302

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, marcelo Passos do Nascimento

RG nº 1686-809, data de expedição 23/10/12, Órgão SSP/PE

CPF nº 174.627.894-3 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Padre Rocha</u>
Número	<u>127</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>São José</u>
Cidade	<u>Caruaru</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55815-141</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9395-3756 / 99138-2325</u>
E-mail	<u>marcelonascimento@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru, 04/01/2012

Assinatura do Declarante: Marcelo Passos do Nascimento

MILLENNIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SE'S LTD.  
27 JUL. 2017



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE - PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ nº 0.335.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0605943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438 de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTUÁRIO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de visão: 0800 281 014  
Quvidoria 0800 282 506  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos e Móveis

DADOS DO CLIENTE MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO FILHO ME CNPJ: 09.035.999/0001-16	DATA DE VENCIMENTO <b>10/05/2017</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 03/05/2017	CONTA/CONTRATO 007008305662
	TOTAL A PAGAR (R\$) <b>326,76</b>	DATA DA APRESENTAÇÃO 03/05/2017	Nº DO CLIENTE 787067491
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA PE SOCHA 117 SÃO JOSÉ/CARPINA 55651-140 CARPINA-PE	CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Monofásico	NUMERO DA NOTA FISCAL 006047720	Y DA INSTALAÇÃO 0800164733
RESERVADO AO FISCO 899A.8AD2.A12D.16A1.C94B.9675.5B52.95AE			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no site: www.celpe.com.br

**MILLENNIUM RECIFE**  
ADM E CORR DE SEC. 1101

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

27 JUL 2017

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)		
Consumo Atividade(KWh)	468,90	0,55160453	259,18		
Acrescimo Bandeira VERMELHA			20,87		
Contribuição Iluminação Pública			56,71		
TOTAL DA FATURA 326,76					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
259,18	29,00	72,51	290,65	0,87	2,52
			250,05	0,63	11,60

Composição do consumo de energia elétrica			
Valor	De Rese	Valor	Porcent
106,57	50,00%	106,57	32,32%
152,97	65,00%	152,97	46,99%
Tributação de energia elétrica de 10,9 % sobre o valor de energia elétrica consumida, conforme Lei nº 9.091/95, com alterações introduzidas nos regimes de concessão e de outorga pelo Ato nº 1.000, de 19/09/2004, e demais normas. Esse acréscimo não constitui valor de energia elétrica, devendo ser adicionado ao custo da energia elétrica para determinação do preço de venda da energia elétrica, sem afetar o preço de venda da energia elétrica.			
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Atividade	0,55160453	MAR 17	468,90
		ABR 17	468,90
		MAR 17	468,90
		FEV 17	468,90
		JAN 17	468,90
		DEZ 16	468,90
		NOV 16	468,90
		OCT 16	468,90
		SET 16	468,90
		AGO 16	468,90
		JUL 16	468,90
		JUN 16	468,90
		MAI 16	468,90
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Consumo Energia	468,90		
Iluminação	56,71		
Contribuição Iluminação Pública	56,71		
Impostos	20,87		
Total	593,19		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Consumo	Constante	Alíquota	Consumo kWh
12112	CA1	03/05/17	03/05/17	468,90	0,0000	0,00	468,90

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/06/2017

ORAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR
Consumo Energia	468,90	0,55160453	259,18	259,18
Iluminação	56,71	0,36611111	20,87	20,87
Contribuição Iluminação Pública	56,71	0,99999999	56,71	56,71
Impostos	20,87	0,00000000	20,87	20,87
TOTAL	593,19	0,91771562	542,63	542,63

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

A partir de 2014, tarifa com reajuste médio de 6,81% para Baixa Tensão e 4,85% para Alta Tensão-REH 7 228/17. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em: www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagamento em atraso gera multa 274/Reg. 414/ANEEL-09/03/15 e Jucos 1ª e 2ª (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento de contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento.

Quando também se verifica o custo da disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO
220	202 - 232

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA/CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO
007008305662	05/2017	326,76	10/05/2017

Evite dobrar, perfurar ou rasgar!  
Este cartão será usado para comprovação de pagamento.





## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro

<sup>2</sup> Conselho do Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcos Pereira do Nascimento portador(a) do RG nº 1.686.509, expedido por SSP/PE, em 23/10/12, CPF/CNPJ nº 174.627.894-34

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Dignidade Enrique da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Inatidez da vítima Dignidade Enrique da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: guiso in Renda Mensal: R\$ guiso in

Documentos comprobatórios: guiso in

Marcos Pereira do Nascimento  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

MILLENNIUM RECIFE  
ADM E CORR. DE SEG. LTDA  
27 JUL. 2017



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Sandra Firmiano da Silva  
 RG nº 6.045.539 data de expedição 11/11/2008  
 Órgão SDS, portador do CPF nº 036.914.654-98 com  
 domicílio na cidade de Araguaba, no Estado de  
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Bom Sucesso, nº 149  
 complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Reginaldo Enriquer da Silva cujo o condutor era  
Reginaldo Enriquer da Silva

Veículo: motocicleta  
 Modelo: Honda CB 150 Titan mix EX  
 Ano: 2013  
 Placa: MXV 4820  
 Chassi: 9C2K01640A0049265  
 Data do Acidente: 19/06/17  
 Local e Data: Proximo local de trabalho 19/06/17

Sandra Firmiano da Silva  
 Assinatura do Declarante

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

Reconheço por autenticidade a firma indicada de  
Sandra Firmiano da Silva  
 Lançada em minha presença, Dou fé.  
 Araguaia, 21 de julho de 2017.

Em testemunho  
 Jussisson Queiroz, Ufaba Cavalcante e Substitutos

Valor Total R\$ 3,95  
 Válido somente com o selo 0677766.E3H07501702.0001  
 Consulte autenticidade em [www.t.jus.br/selodigital](http://www.t.jus.br/selodigital).

Jussisson Queiroz, Ufaba Cavalcante e Substitutos

MILLENNIUM RECIFE  
 ADM F. COR. DE REG. LTDA  
 27 JUL. 2017



MILLENIUM RECIFE  
ADAF E COR. DE SEG. LTDA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 828158  
Nome: Roginaldo Emigdio de Jesus  
Foi atendido às 26 h do dia 06/06/17  
Diagnóstico Provável: TCE (Contusões Cerebrais)  
Não curado Data da alta 06/07/17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :  
CEFALEIA ( dor de cabeça que não alivia )  
VÔMITOS  
PARALISIAS ( que aparecem após a alta )  
ANISOCORIA ( MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA )  
CONVULSÃO  
OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja  
Alergia ( NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL )

15 dias  
Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: TCE cerebral do Roginaldo  
completo de Carbono

ATENÇÃO : Este documento destina-se à 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.

Antônio Mendes  
Neurocirurgia  
CREMEPE 22168

Cod. 0163

MILLENIUM RECIFE  
ADAF E COR. DE SEG. LTDA

03 AGO. 2017



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº:

828158

Nome:

Regina Le Emmanuê de F. L.

Foi atendido às

h do dia

04/07/17

Diagnóstico Provável

ICE; HAT; contusão cerebral

data da alta

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:  
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação:

Paciente a ser internado em UCI  
O dia 26/06/17, com Praxeiro S. e H.

ATENÇÃO: Este documento destina-se à 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.

Cod. 0163

MILLENIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEC. LTD.

27 JUL. 2017



27 JUL 2017  
MM & CO. DE SEG. LTDA  
WILLIAM HENRIQUE

SEGURO AUTOMÓVEL  
DANO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO  
DANO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO  
DANO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO

PE Nº 8842361826 BILHETE DE SEGURO DPVAT 8842361826

NOME: ERICARDO  
BAMBA FIRMÃO DA SILVA  
RUA RCM BUCESSO 149  
CENTRO  
ARACOTABA-PE 53690-000

CPF / CNPJ 036.914.654-98 PLACA BXV4826

BILHETE DE SEGURO DPVAT  
PE Nº 8842361826 EXERCÍCIO 2011 DATA CANCELAMENTO 07/05/11

NOME: ERICARDO  
BAMBA FIRMÃO DA SILVA  
RUA RCM BUCESSO 149  
CENTRO  
ARACOTABA-PE 53690-000

CPF / CNPJ 036.914.654-98 PLACA BXV4826

ODD RENAVAM 228742374 MARCA/MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX EX

ANO FAB 2010 CILINDROS 03 CHASSI 9C2XC1540AR049265

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00  
SEGURO PAGO 0,00

Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A  
CNPJ: 09.248.608/0001-04

RECIBO DE EMISSÃO  
RECIBO DE EMISSÃO

SEGURO AUTOMÓVEL  
DANO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO  
DANO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO  
DANO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO

PE Nº 8842361826 BILHETE DE SEGURO DPVAT 8842361826

NOME: ERICARDO  
BAMBA FIRMÃO DA SILVA  
RUA RCM BUCESSO 149  
CENTRO  
ARACOTABA-PE 53690-000

CPF / CNPJ 036.914.654-98 PLACA BXV4826

BILHETE DE SEGURO DPVAT  
PE Nº 8842361826 EXERCÍCIO 2011 DATA CANCELAMENTO 07/05/11

NOME: ERICARDO  
BAMBA FIRMÃO DA SILVA  
RUA RCM BUCESSO 149  
CENTRO  
ARACOTABA-PE 53690-000

CPF / CNPJ 036.914.654-98 PLACA BXV4826

ODD RENAVAM 228742374 MARCA/MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX EX

ANO FAB 2010 CILINDROS 03 CHASSI 9C2XC1540AR049265

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00  
SEGURO PAGO 0,00

Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A  
CNPJ: 09.248.608/0001-04

RECIBO DE EMISSÃO  
RECIBO DE EMISSÃO





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170431661 **Cidade:** Araçoiaba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REGINALDO ENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/09/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TCE

**Resultados terapêuticos:** Submetido à tratamento conservador

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

### DANOS

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

### PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** CARLOS MIRANDA CHAGAS

**CRM do médico:** 52.34765-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE

NOME:	Reginaldo Enrique da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	S. 9918 mm 00036
ENDEREÇO:	R. Bom Sucesso. 149. Centro - Aracaju

OUTORGADO

NOME:	Marcelo Pascoal do Nascimento
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	1.686.509 SSP/RE
ENDEREÇO:	R. Poço Rocha - 172 - São José Lourdes

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Aracaju, 21/07/17

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)  
 Jemisson Uchôa Cavalcanti  
 1º Substituto  
 Cartório do R. C. das Pessoas  
 Naturais de Aracaju, RJ

Reconheço por autenticidade a firma indicada da  
 Reginaldo Enrique da Silva  
 lançada em livro presente. Dou fé.  
 Aracaju, 21 de julho de 2017.

Valor Total R\$ 3,95

Válido somente com o selo 0277768.1E407201702.00023  
 ulti autenticidade em [www.tipe.jus.br/solodigital](http://www.tipe.jus.br/solodigital).

MILLENNIUM RECIFE  
 ADM F COR DE SEG. LTDA  
 27 JUL. 2017



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170431661 **Cidade:** Araçoiaba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REGINALDO ENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA E TCE.

**Descrição do exame médico pericial:** CONSCIENTE, ORIENTADO, FORÇA SEGMENTAR E GLOBAL PRESERVADAS. SEM DEFICIT FOCAL. SINAL DE DRAGONA POSITIVO A ESQUERDA, LIMITAÇÃO DA ADM OMBRO A ABDUÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA/INTERNA, FORÇA NO MEMBRO PRESERVADA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR: SUPORTE CLINICO E EXAMES COMPLEMENTARES. NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/09/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Victor Ramires Reynaux Borba

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11457816

A/C: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170431661 ASL-0302079/17  
Vitima: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA  
Data Acidente: 19/06/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11457817

A/C: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170431661 ASL-0302079/17

Vítima: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

Data Acidente: 19/06/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/06/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01139/01140 - carta\_03



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2017

Carta nº: 11662413

A/C: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

Sinistro: 3170431661 ASL-0302079/17  
Vítima: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA  
Data Acidente: 19/06/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00495/00496 - carta\_02



Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2017

Carta nº: 11740075

A/C: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

Sinistro: 3170431661 ASL-0302079/17  
Vitima: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA  
Data Acidente: 19/06/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002191

Conta: 000000027881-9

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01721/01722 - carta\_15R



00010861





**CAIXA**  
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG Carpina  
DATA: 13/07/2017 HORA: 10:34:36  
TERMINAL: 12421506 CONTROLE: 124215060245

AGENCIA: 2191 - ICARASSU  
CONTA : 001.00027881-9  
CLIENTE: REGINALDO HENRIQUE DA SILVA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

CREDITO DIRETO CAIXA

PRESTACAO MAXIMA ADMITIDA  
PRESTACAO UTILIZADA

RESUMO

LIMITE CHEQUE ESPECIAL  
SALDO  
APLICACAO C/RESG.AUTOM  
CREDITOS A CONFIRMAR  
DEBITOS A CONFIRMAR  
TOTAL LIMITES  
SALDO TOTAL  
SALDOS BLOQUEADOS  
SALDO DISPONIVEL C/LIMITE

"Pense antes de imprimir, conserve o meio  
ambiental! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0181  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
www.caixa.gov.br

MILLENNIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTDA

MILLENNIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTDA  
04 AGO. 2017





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Rogueldo Enrique da Silva  
PORTADOR(A) DO RG Nº 5.939.876-00036 EXPEDIDO POR CTPS EM 24/05/95 E  
CPF 880561989-15 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Receita  
E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rogueldo Enrique da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2191 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27881-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Cópia 12 de 07 de 2012  
LOCAL E DATA

Rogueldo Enrique da Silva  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.  
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Roginaldo Enrique da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 5.939.440.0036 EXPEDIDO POR CPS EM 24/05/195 ECPF 880561686-15 / CNP: 000000000-0000-00, PROFISSÃO juiz de

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Roginaldo Enrique da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA, **MILLENIO RECIFE ADM E COR. DE SEG. LTDA**
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a autorização de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 9191 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 23881-9  
001

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

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Carina 23 de 08

LOCAL E DATA

de 2017

Roginaldo Enrique da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

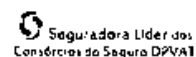


## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 7.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0211204.



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0302079/17  
Vítima: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA  
CPF: 880.561.984-15

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/06/2017  
Titular do CPF: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

REGINALDO ENRIQUE DA SILVA : 880.561.984-15  
Autorização de pagamento

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2017  
Nome: MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO  
CPF: 174.627.894-34

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2017  
Nome: Guilherme da Mota Silveira  
CPF: 351.304.564-20

MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO

Guilherme da Mota Silveira



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Reginaldo Enrique da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): R Bom Sucesso, 149  
Centro Aracoiaba PE CEP: 53690-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 5028716  
Data local do exame: [ 22/09/2017 ] Olinda [ 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)  
**LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA E TCE. CONSCIENTE, ORIENTADO, FORÇA SEGMENTAR E GLOBAL PRESERVADAS. SEM DEFICIT FOCAL. SINAL DE DRAGONA POSITIVO A ESQUERDA, LIMITACAO DA ADM OMBRO A ABDUCAO E ROTACAO EXTERNA/INTERNA, FORÇA NO MEMBRO PRESERVADA.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?  
(X) Sim ( ) Não  
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?  
(X) Sim ( ) Não  
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*\*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**EVOLUIU COM LIMITACAO DA ADM DO OMBRO. Data da alta: JUNHO DE 2017. TRATAMENTO CONSERVADOR: SUPORTE CLINICO E EXAMES COMPLEMENTARES. Complicações: NAO HOUE.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
(X) Sim ( ) Não  
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.  
**SINAL DE DRAGONA POSITIVO A ESQUERDA, LIMITACAO DA ADM OMBRO A ABDUCAO E ROTACAO EXTERNA/INTERNA, FORÇA NO MEMBRO PRESERVADA.**  
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).  
( ) "Vítima em tratamento" ( ) "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):  
**OMBRO - Esquerdo**  
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo  
Região Corporal (Sequela): Região Corporal (Sequela):  
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).  
( ) Total = "100% da IS"
- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Victor Ramires Reynaux Borba**  
  
CPF - 038.972.994-27  
CRM/PE - 21266





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 035ª CIRCUNSCRIÇÃO - ARACOIABA - DP35ªCIRC  
DIM/8ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0125000386**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/07/2017** às **16:29**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **19/6/2017** às **23:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA ESTADUAL PE-041, ANTES DA BICA DO PATAQUEIRO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE ARACOIABA, 01 - Bairro: CENTRO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO HÁ (AUTOR \ AGENTE)**  
**SANDRA FIRMINO DA SILVA (NOTICIANTE)**  
**REGINALDO HENRIQUE DA SILVA (VÍTIMA)**

MILLENNIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTDA  
27 JUL. 2017

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): REGINALDO HENRIQUE DA SILVA**

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

**REGINALDO HENRIQUE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSA ALVES DA SILVA Pai: ENRIQUE MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 25/11/1973 Naturalidade: ARACOIABA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5028716/SSP/PE (RG), 88056198415 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPAL Telefones Celulares: - 991517198**

Residência: **RUA BOM SUCESSO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE QUINZE, 149 - CEP: 0 - Bairro: QUINZE - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SANDRA FIRMINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA SEVERINA FIRMINO DA SILVA Pai: PAULO FIRMINO DA SILVA Data de Nascimento: 21/11/1980 Naturalidade: ARACOIABA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6075519/SDS/PE (RG), 03691465498 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: TECNICO DE ENFERMAGEM Telefones Celulares: - 991517198**

Residência: **RUA BOM SUCESSO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE QUINZE, 149 - CEP: 0 - Bairro: QUINZE - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

11/7/2017 16:22



**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SANDRA FIRMINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **REGINALDO HENRIQUE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXV4B20** (PERNAMBUCO/ARAÇOIABA) Renavam: **228742374** Chassi: **9C2KC1540ARO49255**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO/GASOL**

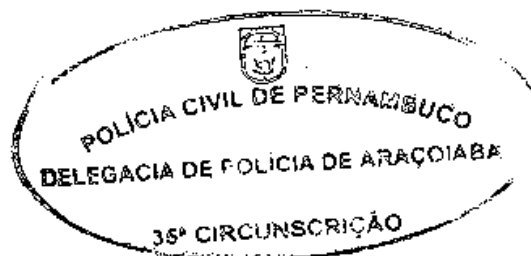
### Complemento / Observação

NOTICIA NA QUALIDADE DE COMPANHEIRA DA VÍTIMA, QUE NO DIA, HORA E LUGAR SUPRA, REGINALDO HENRIQUE DA SILVA ENVOLVEU-SE EM UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUE NÃO HÁ EXPLICAÇÃO OU TESTEMUNHA QUE PRESENCIASSE O ACIDENTE, SOMENTE ENCONTRARAM REGINALDO DESMAIADO SOBRE A PISTA, QUE TROUXERAM REGINALDO AO HOSPITAL LOCAL PELO SAMU E LOGO FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE PERMANECIU POR CERCA DE 29 DIAS ENTRE AUTA E INTERNAÇÃO; QUE REGINALDO NÃO ESTAVA USANDO CAPACETE, RAZÃO PELA QUAL SOFREU TRAUMATISMO CRANIANO E ATUALMENTE ESTÁ COM COÁGULO NO LADO DIREITO; QUE REGINALDO FICOU DESORIENTADO E ESQUECIDO DURANTE ALGUNS DIAS, MAS ATUALMENTE AINDA ESTÁ SE RECUPERANDO; QUE REGINALDO ESTÁ AFASTADO DE SEU TRABALHO HÁ MAIS DE TRINTA DIAS; QUE A MOTOCICLETA QUE REGINALDO GUIAVA PERTENCE À NOTICIANTE.

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

  
SANDRA FIRMINO DA SILVA  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por:  FERNANDO JOSE PALMEIRA DO NASCIMENTO




MILLENUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTDA  
27 JUL. 2017

11/7/2017 16:22



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Comércio do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0302079/17  
Vítima: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA  
CPF: 880.561.984-15

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/06/2017  
Titular do CPF: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO : 174.627.894-34

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

#### REGINALDO ENRIQUE DA SILVA : 880.561.984-15

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/08/2017  
Nome: MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO  
CPF/CNPJ: 174.627.894-34

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/08/2017  
Nome: Guilherme da Mota Silveira  
CPF: 351.304.664-20

MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO

Guilherme da Mota Silveira





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 035ª CIRCUNSCRIÇÃO - ARACOIABA - DP35ªCIRC  
DIM/8ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0125000386**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/07/2017** às **16:29**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **19/6/2017** às **23:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODÓVIA ESTADUAL PE-041, ANTES DA BICA DO PATAQUEIRO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE ARACOIABA, 01 - Bairro: CENTRO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO HÁ (AUTOR \ AGENTE)**  
**SANDRA FIRMINO DA SILVA (NOTICIANTE)**  
**REGINALDO HENRIQUE DA SILVA (VÍTIMA)**

MILLENNIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTDA  
27 JUL. 2017

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): REGINALDO HENRIQUE DA SILVA**

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

**REGINALDO HENRIQUE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSA ALVES DA SILVA Pai: ENRIQUE MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 25/11/1973 Naturalidade: ARACOIABA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5028716/SSP/PE (RG), 88056198415 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPAL Telefones Celulares: - 991517198**

**Residência: RUA BOM SUCESSO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: BAIRRO DE QUINZE, 149 - CEP: 0 - Bairro: QUINZE - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SANDRA FIRMINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA SEVERINA FIRMINO DA SILVA Pai: PAULO FIRMINO DA SILVA Data de Nascimento: 21/11/1980 Naturalidade: ARACOIABA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6075519/SDS/PE (RG), 03691465498 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: TECNICO DE ENFERMAGEM Telefones Celulares: - 991517198**

**Residência: RUA BOM SUCESSO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: BAIRRO DE QUINZE, 149 - CEP: 0 - Bairro: QUINZE - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

11/7/2017 16:22





**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SANDRA FIRMINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **REGINALDO HENRIQUE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXV4B20** (PERNAMBUCO/ARAÇOIABA) Renavam: **228742374** Chassi: **9C2KC1540ARO49255**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO/GASOL**

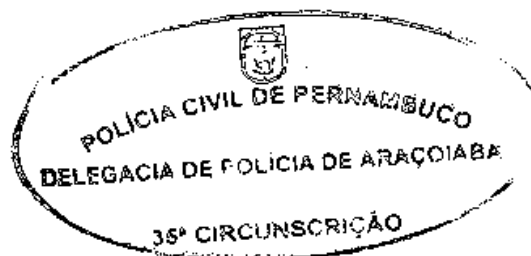
### Complemento / Observação

NOTICIA NA QUALIDADE DE COMPANHEIRA DA VÍTIMA, QUE NO DIA, HORA E LUGAR SUPRA, REGINALDO HENRIQUE DA SILVA ENVOLVEU-SE EM UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUE NÃO HÁ EXPLICAÇÃO OU TESTEMUNHA QUE PRESENCIASSE O ACIDENTE, SOMENTE ENCONTRARAM REGINALDO DESMAIADO SOBRE A PISTA, QUE TROUXERAM REGINALDO AO HOSPITAL LOCAL PELO SAMU E LOGO FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE PERMANECIU POR CERCA DE 29 DIAS ENTRE AUTA E INTERNAÇÃO; QUE REGINALDO NÃO ESTAVA USANDO CAPACETE, RAZÃO PELA QUAL SOFREU TRAUMATISMO CRANIANO E ATUALMENTE ESTÁ COM COÁGULO NO LADO DIREITO; QUE REGINALDO FICOU DESORIENTADO E ESQUECIDO DURANTE ALGUNS DIAS, MAS ATUALMENTE AINDA ESTÁ SE RECUPERANDO; QUE REGINALDO ESTÁ AFASTADO DE SEU TRABALHO HÁ MAIS DE TRINTA DIAS; QUE A MOTOCICLETA QUE REGINALDO GUIAVA PERTENCE À NOTICIANTE.

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

  
SANDRA FIRMINO DA SILVA  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por:  FERNANDO JOSE PALMEIRA DO NASCIMENTO




MILLENUM RECIFE  
ADM E COR. DE SEG. LTDA-  
27 JUL. 2017

11/7/2017 16:22



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Comércio do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0302079/17  
Vítima: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA  
CPF: 880.561.984-15

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/06/2017  
Titular do CPF: REGINALDO ENRIQUE DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO : 174.627.894-34

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

#### REGINALDO ENRIQUE DA SILVA : 880.561.984-15

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/08/2017  
Nome: MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO  
CPF/CNPJ: 174.627.894-34

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/08/2017  
Nome: Guilherme da Mota Silveira  
CPF: 351.304.664-20

MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO

Guilherme da Mota Silveira



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Reginaldo Enríque da Silva, portador da carteira de identidade nº 54398 une 00036 e inscrito no CPF/MF sob o nº 880.561.984-15, residente e domiciliado na R. Bom Sucesso, 149 - Centro, Cidade Aracápolis, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Aracápolis, 12/02/2017

Local e data

MILLENNIUM RECIFE  
ADM E COR DE SEG. LTDA  
27 JUL. 2017





SAM  
193

Autentico a presente cópia fotográfica conforme a original apresentada, do qual dou fé.  
Petrópolis, 11 de julho de 2017.

Em testemunho da verdade  
Procurador Municipal Antônio Carlos Cavalcanti (OAB Substituído)  
Valor Total R\$ 3,35  
Válido somente nos e-seis 0977768-0/0006591792-00173  
Consulte autenticidade em [mml.tjpb.br/selodigital](http://mml.tjpb.br/selodigital).

Cartório do 1º Substituto  
Procurador Municipal Antônio Carlos Cavalcanti (OAB Substituído)



Chegada ao local: 03:12  
Saída do Hospital: 00:10  
Hora da Conclusão: 00:15

### FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação: 19/06/17 Distrito: Petrópolis Número da Ocorrência: 5346972  
Motivo da Solicitação: queda de moto UTI Básica X Helicóptero

☒ VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO  
☐ Clínico ☐ Clínico ☐ EVENTOS ☐ OBSTÉTRICOS  
☐ Causas Externas ☐ Causas Externas ☐ HANGAR ☐ PSIQUIÁTRICO  
☐ METROPOLITANO ☐ TROTES/CANCELADAS  
☐ ÓBITO ☐ REMOÇÃO-Senha

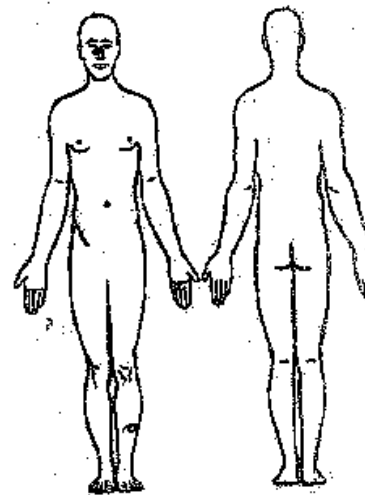
### IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Reginaldo Henrique da Silva Idade: 13 anos  
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem. Profissão: Fone:  
End: P.E. VI. Bairro:  
Solicitante: Senhorino Fone:  
End. Ocor: O mesmo Bairro:  
Referência: Próximos à Roca de Pataguios

MILLENNIUM RECIFE  
ADM E COR. DE SSG LTDA  
27 JUL 2017

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acid. Automóvel	Acid. Motocicleta	Atropelamento	Mecan. Do Trauma
<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Motociclista	<input type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Capotamento
<input type="checkbox"/> Passageiro/Frente	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Calçada	<input type="checkbox"/> Ejeção
<input type="checkbox"/> Passageiro/Atrás	<input type="checkbox"/> Uso do Capacete	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Impacto frontal
<input type="checkbox"/> Uso do cinto	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Impacto lateral
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Impacto traseiro
Acid. Trânsito	Acid. Ciclista	Intoxicação	Exposições
<input type="checkbox"/> Carro ou Moto	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> An. Peçonhento	<input type="checkbox"/> Choque Elétrico
<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exógena	<input type="checkbox"/> Fogo
<input type="checkbox"/> Caminhão	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> ( ) 1° ( ) 2° ( ) 3°
<input type="checkbox"/> Placa:		<input type="checkbox"/> Agente Causador	<input type="checkbox"/> Fumaça
			<input type="checkbox"/> Subst. Química
Asfixia	Queda	Agressões	
<input type="checkbox"/> Semi-afogamento	<input type="checkbox"/> Própria Altura	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Agressão Física
<input type="checkbox"/> Soterramento	<input type="checkbox"/> Outra Altura	<input type="checkbox"/> Tipo:	<input type="checkbox"/> Maus tratos
<input type="checkbox"/> Engasgo	<input type="checkbox"/> Aproximadamente	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Abuso Sexual
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Metros	<input type="checkbox"/> Tipo:	



### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica atual: queda de moto e trauma no nariz e escoriações.

Hipótese Diagnóstica Conhecida:

### AValiação CLÍNICA

Temperatura 37	Glicemia (HGT) 98	Agitação Psicomotora	Sudorese	Gemido/Estridor
Vias Aéreas	Pulso	Desidratado	Batimento Asa Nariz	Obst. V. Aéreas
F.R. 20	20	Lesões de Face	Cianose	Retração Xifóide
		Ictérico	Deformidade Tórax	Sibilos Expiratórios
		Palidez	Dispnéia	Tiragem Inter
		Cor da pele Normal	Distócia fala/choro	<input checked="" type="checkbox"/> Circulação PA
RN: 35-50	RN: 120-160			140x90
6-20	Ad: 60-110			



[illegible][illegible]

### ESCALA DE GLASGOW

### CONDUTA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

O<sub>2</sub>: ☐ Catéter ☐ CPAP ☒ Venturi 100% ☐ Másc. c/ Reservatório

informante:		A Própria Vítima	Familiares	Outros- Especificar	
<input type="checkbox"/> Alteração de Humor	<input type="checkbox"/> Agitado/Irritado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente	Referente ingestão de bebida alcoólica há: <u>03 dias</u>	
<input type="checkbox"/> Alteração na Marcha	<input type="checkbox"/> Agressivo	<input type="checkbox"/> Hálito Alcoólico	<input type="checkbox"/> Sonolento		

<b>CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO</b> Hospital para onde o paciente foi encaminhado: <u>Unidade Mista de Alta e Internar</u>		<input type="checkbox"/> Maca Retida na Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Orientação para o Ambulatório <input type="checkbox"/> Óbito Antes do Atendimento <input type="checkbox"/> Óbito durante o Atendimento <input type="checkbox"/> Prancha Retida <input type="checkbox"/> Removido Antes do Atendimento
Registro do Hospital: _____ Médico que Recebeu: _____		

Assinatura do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

**EQUIPE**

Médico regulador: Dr. Flávio Médico Assistente: \_\_\_\_\_

Enfermeira: \_\_\_\_\_ Socorrista: Valéria

Condutor/Piloto: Jefferson Op. De Frota/OEE: Daniel

Função do Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_

SOLICITOU APOIO DA UTI ☐ SIM ☒ NÃO

Observação: \_\_\_\_\_

**EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**  
O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica  
Ass: \_\_\_\_\_

