



Número: **0001560-42.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
K. R. J. D. S. (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA (REPRESENTANTE)	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
57298 070	03/02/2020 11:18	2690273_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00015604220208172001

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 **KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA** representado por **ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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 **05/06/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **13/06/2018**.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que os documentos médicos apresentados não atestam que as lesões acometidas à autora tenham decorrido do suposto acidente.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 11:18:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020311180634900000056359706>
Número do documento: 20020311180634900000056359706

Num. 57298070 - Pág. 1

Ademais, verifica-se a presença de controvérsia de informações constantes no boletim de ocorrência e no boletim médico, haja vista que em um momento a parte autora alega ter havido colisão entre uma carroça e um carro e em um segundo momento aduz que o acidente ocorreu entre uma motocicleta e um carro.

Cumpre 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 descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

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

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES ENTRE O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E O BOLETIM MÉDICO

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.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



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 e o BOLETIM MÉDICO.

Compulsando os documentos acostados aos autos, verifica-se que o boletim de ocorrência, além de não conter a assinatura da comunicante, ora parte autora, também contém controvérsia, tendo em vista que afirma que o sinistro ocorreu entre uma motocicleta e um carro, contrariando boletim médico, o qual afirma que o acidente ocorreu entre uma carroça e um carro:

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANISIO FRANCISCO DO CARMO NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

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

Placa: **KKM5355 (PERNAMBUCO/VITORIA DE SANTO ANTAO)**

Ano Fabricação/Modelo: **2001/2001**

Complemento / Observação

COMPARCEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. EUSEBIO JACINTO, INFORMANDO QUE NO DIA 05/06/2018, POR VOLTA DAS 11:50 HORAS, O SEU FILHO KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA, MENOR DE 09 ANOS DE IDADE TERIA SIDO ATROPELADO POR UMA MOTO DE PLACA KKM5355, QUANDO CAMINHAVA PELA RUA SIZENANDO CARNEIRO LEÃO, BAIRRO NOVO, LOTEAMENTO SANTANA, NESTA CIDADE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA DESTA CIDADE, SENDO CONDUZIDO POSTERIORMENTE, NO MESMO DIA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, EM RECIFE-PE. QUE, A VITIMA FICOU INTERNADA, ONDE FEZ CIRURGIA NO FÉMUR E TÍBIA. QUE, ALEGA AINDA QUE A MOTO QUE O ATROPELOU TERIA SIDO FURTADA DA COMERCIAL 2001, NESTA CIDADE, PORÉM O CONDUTOR NÃO FOI IDENTIFICADO. DIANTE O FATO EXPOSTO, SOLICITA PROVIDENCIAS POLICIAIS QUE O CASO REQUER.

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

EUSEBIO JACINTO DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: JOSE AMARO DE AGUIAR Matrícula: 3847977

(Handwritten signature over the B.O. registration information)

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
192

PIEZA DE ATENDIMENTO

Atas: 486-107

1. Endereço: **Rua São José, Centro, Rio de Janeiro/RJ**

2. Hora de atendimento: **11:30**

3. Hora de hospital: **1**

4. Depois de hospital: **1**

5. Motivo: **1**

6. Unidade de Saúde: **1**

7. Endereço: **Rua São José, Centro, Rio de Janeiro/RJ**

8. Unidade de Saúde: **1**

9. Local de atendimento: **1**

10. Localização: **Rua São José, Centro, Rio de Janeiro/RJ**

11. Localização: **Rua São José, Centro, Rio de Janeiro/RJ**

12. Paciente: **1**

13. Data de nascimento: **18/06/1999**

14. Idade: **9**

15. Sexo: **1**

16. Marca: **1**

17. Letra: **1**

18. Número: **1**

19. Nome: **KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA**

20. Município: **Rio de Janeiro**

21. Zona: **1**

22. Local de residência: **1**

23. Local de residência: **1**

24. Local de residência: **1**

25. Local de residência: **1**

26. Local de residência: **1**

27. Local de residência: **1**

28. Local de residência: **1**

29. Local de residência: **1**

30. Local de residência: **1**

31. Local de residência: **1**

32. Local de residência: **1**

33. Local de residência: **1**

34. Local de residência: **1**

35. Local de residência: **1**

36. Local de residência: **1**

37. Local de residência: **1**

38. Local de residência: **1**

39. Local de residência: **1**

40. Local de residência: **1**

41. Local de residência: **1**

42. Local de residência: **1**

43. Local de residência: **1**

44. Local de residência: **1**

45. Local de residência: **1**

46. Local de residência: **1**

47. Local de residência: **1**

48. Local de residência: **1**

49. Local de residência: **1**

50. Local de residência: **1**

51. Local de residência: **1**

52. Local de residência: **1**

53. Local de residência: **1**

54. Local de residência: **1**

55. Local de residência: **1**

56. Local de residência: **1**

57. Local de residência: **1**

58. Local de residência: **1**

59. Local de residência: **1**

60. Local de residência: **1**

61. Local de residência: **1**

62. Local de residência: **1**

63. Local de residência: **1**

64. Local de residência: **1**

65. Local de residência: **1**

66. Local de residência: **1**

67. Local de residência: **1**

68. Local de residência: **1**

69. Local de residência: **1**

70. Local de residência: **1**

71. Local de residência: **1**

72. Local de residência: **1**

73. Local de residência: **1**

74. Local de residência: **1**

75. Local de residência: **1**

76. Local de residência: **1**

77. Local de residência: **1**

78. Local de residência: **1**

79. Local de residência: **1**

80. Local de residência: **1**

81. Local de residência: **1**

82. Local de residência: **1**

83. Local de residência: **1**

84. Local de residência: **1**

85. Local de residência: **1**

86. Local de residência: **1**

87. Local de residência: **1**

88. Local de residência: **1**

89. Local de residência: **1**

90. Local de residência: **1**

91. Local de residência: **1**

92. Local de residência: **1**

93. Local de residência: **1**

94. Local de residência: **1**

95. Local de residência: **1**

96. Local de residência: **1**

97. Local de residência: **1**

98. Local de residência: **1**

99. Local de residência: **1**

100. Local de residência: **1**

101. Local de residência: **1**

102. Local de residência: **1**

103. Local de residência: **1**

104. Local de residência: **1**

105. Local de residência: **1**

106. Local de residência: **1**

107. Local de residência: **1**

108. Local de residência: **1**

109. Local de residência: **1**

110. Local de residência: **1**

111. Local de residência: **1**

112. Local de residência: **1**

113. Local de residência: **1**

114. Local de residência: **1**

115. Local de residência: **1**

116. Local de residência: **1**

117. Local de residência: **1**

118. Local de residência: **1**

119. Local de residência: **1**

120. Local de residência: **1**

121. Local de residência: **1**

122. Local de residência: **1**

123. Local de residência: **1**

124. Local de residência: **1**

125. Local de residência: **1**

126. Local de residência: **1**

127. Local de residência: **1**

128. Local de residência: **1**

129. Local de residência: **1**

130. Local de residência: **1**

131. Local de residência: **1**

132. Local de residência: **1**

133. Local de residência: **1**

134. Local de residência: **1**

135. Local de residência: **1**

136. Local de residência: **1**

137. Local de residência: **1**

138. Local de residência: **1**

139. Local de residência: **1**

140. Local de residência: **1**

141. Local de residência: **1**

142. Local de residência: **1**

143. Local de residência: **1**

144. Local de residência: **1**

145. Local de residência: **1**

146. Local de residência: **1**

147. Local de residência: **1**

148. Local de residência: **1**

149. Local de residência: **1**

150. Local de residência: **1**

151. Local de residência: **1**

152. Local de residência: **1**

153. Local de residência: **1**

154. Local de residência: **1**

155. Local de residência: **1**

156. Local de residência: **1**

157. Local de residência: **1**

158. Local de residência: **1**

159. Local de residência: **1**

160. Local de residência: **1**

161. Local de residência: **1**

162. Local de residência: **1**

163. Local de residência: **1**

164. Local de residência: **1**

165. Local de residência: **1**

166. Local de residência: **1**

167. Local de residência: **1**

168. Local de residência: **1**

169. Local de residência: **1**

170. Local de residência: **1**

171. Local de residência: **1**

172. Local de residência: **1**

173. Local de residência: **1**

174. Local de residência: **1**

175. Local de residência: **1**

176. Local de residência: **1**

177. Local de residência: **1**

178. Local de residência: **1**

179. Local de residência: **1**

180. Local de residência: **1**

181. Local de residência: **1**

182. Local de residência: **1**

183. Local de residência: **1**

184. Local de residência: **1**

185. Local de residência: **1**

186. Local de residência: **1**

187. Local de residência: **1**

188. Local de residência: **1**

189. Local de residência: **1**

190. Local de residência: **1**

191. Local de residência: **1**

192. Local de residência: **1**

193. Local de residência: **1**

194. Local de residência: **1**

195. Local de residência: **1**

196. Local de residência: **1**

197. Local de residência: **1**

198. Local de residência: **1**

199. Local de residência: **1**

200. Local de residência: **1**

201. Local de residência: **1**

202. Local de residência: **1**

203. Local de residência: **1**

204. Local de residência: **1**

205. Local de residência: **1**

206. Local de residência: **1**

207. Local de residência: **1**

208. Local de residência: **1**

209. Local de residência: **1**

210. Local de residência: **1**

211. Local de residência: **1**

212. Local de residência: **1**

213. Local de residência: **1**

214. Local de residência: **1**

215. Local de residência: **1**

216. Local de residência: **1**

217. Local de residência: **1**

218. Local de residência: **1**

219. Local de residência: **1**

220. Local de residência: **1**

221. Local de residência: **1**

222. Local de residência: **1**

223. Local de residência: **1**

224. Local de residência: **1**

225. Local de residência: **1**

226. Local de residência: **1**

227. Local de residência: **1**

228. Local de residência: **1**

229. Local de residência: **1**

230. Local de residência: **1**

231. Local de residência: **1**

232. Local de residência: **1**

233. Local de residência: **1**

234. Local de residência: **1**

235. Local de residência: **1**

236. Local de residência: **1**

237. Local de residência: **1**

238. Local de residência: **1**

239. Local de residência: **1**

240. Local de residência: **1**

241. Local de residência: **1**

242. Local de residência: **1**

243. Local de residência: **1**

244. Local de residência: **1**

245. Local de residência: **1**

246. Local de residência: **1**

247. Local de residência: **1**

248. Local de residência: **1**

249. Local de residência: **1**

250. Local de residência: **1**

251. Local de residência: **1**

252. Local de residência: **1**

253. Local de residência: **1**

254. Local de residência: **1**

255. Local de residência: **1**

256. Local de residência: **1**

257. Local de residência: **1**

258. Local de residência: **1**

259. Local de residência: **1**

260. Local de residência: **1**

261. Local de residência: **1**

262. Local de residência: **1**

263. Local de residência: **1**

264. Local de residência: **1**

265. Local de residência: **1**

266. Local de residência: **1**

267. Local de residência: **1**

268. Local de residência: **1**

269. Local de residência: **1**

270. Local de residência: **1**

271. Local de residência: **1**

272. Local de residência: **1**

273. Local de residência: **1**

274. Local de residência: **1**

275. Local de residência: **1**

276. Local de residência: **1**

277. Local de residência: **1**

278. Local de residência: **1**

279. Local de residência: **1**

280. Local de residência: **1**

281. Local de residência: **1**

282. Local de residência: **1**

283. Local de residência: **1**

284. Local de residência: **1**

285. Local de residência: **1**

286. Local de residência: **1**

287. Local de residência: **1**

288. Local de residência: **1**

289. Local de residência: **1**

290. Local de residência: **1**

291. Local de residência: **1**

292. Local de residência: **1**

293. Local de residência: **1**

294. Local de residência: **1**

295. Local de residência: **1**

296. Local de residência: **1**

297. Local de residência: **1**

298. Local de residência: **1**

299. Local de residência: **1**

300. Local de residência: **1**

301. Local de residência: **1**

302. Local de residência: **1**

303. Local de residência: **1**

304. Local de residência: **1**

305. Local de residência: **1**

306. Local de residência: **1**

307. Local de residência: **1**

308. Local de residência: **1**

309. Local de residência: **1**

310. Local de residência: **1**

311. Local de residência: **1**

312. Local de residência: **1**

313. Local de residência: **1**

314. Local de residência: **1**

315. Local de residência: **1**

316. Local de residência: **1**

317. Local de residência: **1**

318. Local de residência: **1**

319. Local de residência: **1**

320. Local de residência: **1**

321. Local de residência: **1**

322. Local de residência: **1**

323. Local de residência: **1**

324. Local de residência: **1**

325. Local de residência: **1**

326. Local de residência: **1**

327. Local de residência: **1**

328. Local de residência: **1**

329. Local de residência: **1**

330. Local de residência: **1**

331. Local de residência: **1**

332. Local de residência: **1**

333. Local de residência: **1**

334. Local de residência: **1**

335. Local de residência: **1**

336. Local de residência: **1**

337. Local de residência: **1**

338. Local de residência: **1**

339. Local de residência: **1**

340. Local de residência: **1**

341. Local de residência: **1**

342. Local de residência: **1**

343. Local de residência: **1**

344. Local de residência: **1**

345. Local de residência: **1**

346. Local de residência: **1**

347. Local de residência: **1**

348. Local de residência: **1**

349. Local de residência: **1**

350. Local de residência: **1**

351. Local de residência: **1**

352. Local de residência: **1**

353. Local de residência: **1**

354. Local de residência: **1**

355. Local de residência: **1**

356. Local de residência: **1**

357. Local de residência: **1**

358. Local de residência: **1**

359. Local de residência: **1**

360. Local de residência: **1**

361. Local de residência: **1**

362. Local de residência: **1**

363. Local de residência: **1**

364. Local de residência: **1**

365. Local de residência: **1**

366. Local de residência: **1**

367. Local de residência: **1**

368. Local de residência: **1**

369. Local de residência: **1**

370. Local de residência: **1**

371. Local de residência: **1**

372. Local de residência: **1**

373. Local de residência: **1**

374. Local de residência: **1**

375. Local de residência: **1**

376. Local de residência: **1**

377. Local de residência: **1**

378. Local de residência: **1**

379. Local de residência: **1**

380. Local de residência: **1**

381. Local de residência: **1**

382. Local de residência: **1**

383. Local de residência: **1**

384. Local de residência: **1**

385. Local de residência: **1**

386. Local de residência: **1**

387. Local de residência: **1**

388. Local de residência: **1**

389. Local de residência: **1**

390. Local de residência: **1**

391. Local de residência: **1**

392. Local de residência: **1**

393. Local de residência: **1**

394. Local de residência: **1**

395. Local de residência: **1**

396. Local de residência: **1**

397. Local de residência: **1**

398. Local de residência: **1**

399. Local de residência: **1**

400. Local de residência: **1**

401. Local de residência: **1**

402. Local de residência: **1**

403. Local de residência: **1**

404. Local de residência: **1**

405. Local de residência: **1**

406. Local de residência: **1**

407. Local de residência: **1**

408. Local de residência: **1**

409. Local de residência: **1**

410. Local de residência: **1**

411. Local de residência: **1**

412. Local de residência: **1**

413. Local de residência: **1**

414. Local de residência: **1**

415. Local de residência: **1**

416. Local de residência: **1**

417. Local de residência: **1**

418. Local de residência: **1**

419. Local de residência: **1**

420. Local de residência: **1**

421. Local de residência: **1**

422. Local de residência: **1**

423. Local de residência: **1**

424. Local de residência: **1**

425. Local de residência: **1**

426. Local de residência: **1**

427. Local de residência: **1**

428. Local de residência: **1**

429. Local de residência: **1**

430. Local de residência: **1**

431. Local de residência: **1**

432. Local de residência: **1**

433. Local de residência: **1**

434. Local de residência: **1**

435. Local de residência: **1**

436. Local de residência: **1**

437. Local de residência: **1**

438. Local de residência: **1**

439. Local de residência: **1**

440. Local de residência: **1**

441. Local de residência: **1**

442. Local de residência: **1**

443. Local de residência: **1**

444. Local de residência: **1**

445. Local de residência: **1**

446. Local de residência: **1**

447. Local de residência: **1**

448. Local de residência: **1**

449. Local de residência: **1**

450. Local de residência: **1**

451. Local de residência: **1**

452. Local de residência: **1**

453. Local de residência: **1**

454. Local de residência: **1**

455. Local de residência: **1**

456. Local de residência: **1**

457. Local de residência: **1**

458. Local de residência: **1**

459. Local de residência: **1**

460. Local de residência: **1**

461. Local de residência: **1**

462. Local de residência: **1**

463. Local de residência: **1**

464. Local de residência: **1**

465. Local de residência: **1**

466. Local de residência: **1**

467. Local de residência: **1**

468. Local de residência: **1**

469. Local de residência: **1**

470. Local de residência: **1**

471. Local de residência: **1**

472. Local de residência: **1**

473. Local de residência: **1**

474. Local de residência: **1**

475. Local de residência: **1**

476. Local de residência: **1**

477. Local de residência: **1**

478. Local de residência: **1**

479. Local de residência: **1**

480. Local de residência: **1**

481. Local de residência: **1**

482. Local de residência: **1**

483. Local de residência: **1**

484. Local de residência: **1**

485. Local de residência: **1**

486. Local de residência: **1**

487. Local de residência: **1**

488. Local de residência: **1**

489. Local de residência: **1**

490. Local de residência: **1**

491. Local de residência: **1**

492. Local de residência: **1**

493. Local de residência: **1**

494. Local de residência: **1**

495. Local de residência: **1**

496. Local de residência: **1**

497. Local de residência: **1**

498. Local de residência: **1**

499. Local de residência: **1**

500. Local de residência: **1**

501. Local de residência: **1**

502. Local de residência: **1**

503. Local de residência: **1**

504. Local de residência: **1**

505. Local de residência: **1**

506. Local de residência: **1**

507. Local de residência: **1**

508. Local de residência: **1**

509. Local de residência: **1**

510. Local de residência: **1**

511. Local de residência: **1**

512. Local de residência: **1**

513. Local de residência:

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 e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que prestou o primeiro atendimento ao autor, 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, CPC³.

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

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

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**⁴.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Conforme demonstrado acima, ante a controvérsia de informações acerca do sinistro em comento e tendo em vista que o boletim médico não atesta que as lesões tenham decorrido do acidente alegado.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁴"SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresentar o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT.(TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)



Portanto, como não há nexo de 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, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA			Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT	
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190575723	Cidade: Carpina	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA	Data do acidente: 05/06/2018	Seguradora: Investprev Seguradora S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 07/11/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO. FRATURA PROXIMAL DA FÍBULA À DIREITA.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.(PÁG.1)				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

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

^{5x}APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPÓSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



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 desconstituir-a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

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

Ante o exposto, deve o feito 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 **05/06/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 000000039639-8

Nr. da Autenticação 353029B9F60AB9AE

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 11:18:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020311180634900000056359706>
Número do documento: 20020311180634900000056359706

Num. 57298070 - Pág. 6

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 parciais⁶.

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 STJ⁷.

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;

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

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

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

⁶RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁷Súmula 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 citação⁸.

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 ação⁹.

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 Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários 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;

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹art. 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 da resposta ao Ofício Nº005/2015 - CGSRAC.

Assim, após a realização da perícia judicial, requer a intimação da Ré para realização do pagamento dos honorários periciais no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) em até 15 (quinze) dias.

Cabe esclarecer que se tratado de interesse de incapaz, o artigo 178, inciso II do CPC, informa que o Ministério Público deverá ser intimado no prazo de 30 dias para intervir como fiscal da lei.

Dante disso, requer a intimação do Ministério Público para que se manifeste nos termos o artigo 279, do CPC, sob pena de nulidade.

Para fins do expresso 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. RAFAELA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 31 de janeiro de 2020.

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE**

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 11:18:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020311180634900000056359706>
Número do documento: 20020311180634900000056359706

Num. 57298070 - Pág. 9

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.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 11:18:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020311180634900000056359706>
Número do documento: 20020311180634900000056359706

Num. 57298070 - Pág. 10

TABELA DE GRAADAÇÃO

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 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					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 11:18:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020311180634900000056359706>
 Número do documento: 20020311180634900000056359706

Num. 57298070 - Pág. 11

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; **JOSELAINÉ 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 nº 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 **KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA**, em curso perante a **12ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00015604220208172001.

Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 11:18:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020311180634900000056359706>
Número do documento: 20020311180634900000056359706

Num. 57298070 - Pág. 12



Número: **0001560-42.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
K. R. J. D. S. (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA (REPRESENTANTE)	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
57298 071	03/02/2020 11:18	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

República Federativa do Brasil

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO 1º DISTRITO (SEDE) CARPINA - ESTADO DE PERNAMBUCO

Av. Estácio Coimbra, 115, centro, Carpina/PE CEP 55.813-310 Fone: 8827-0490

E-MALL: 1cercarpina.creuzar@gmail.com

Certório do Registro Civil
1.º Distrito - Sede
Creusa Maria de Souza Belo
Oficial(a)
Carpina - Pernambuco

CREUZA MARIA DE SOUZA BELO

Oficial (a)

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nº 49800

FOLHA: 172

Eu, CREUZA MARIA DE SOUZA BELO oficial(a) do Registro Civil, em virtude da lei,
etc.

Certifico que, às folhas 172 do livro A-51 de Registro de Nascimento, foi feito hoje o
assento de:

KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA

nascido(a) em 13 de Janeiro de 2009, às 17:20, na(o) HOSPITAL GERAL DA VITÓRIA.
VITORIA DE SANTO ANTAO-PE, do sexo Masculino.

filho(a) de: **EUSEBIO JACINTO DA SILVA**
ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

sendo avós Paternos: **SEVERINO JACINTO DA SILVA**
MARIA DO CARMO DA SILVA

e Maternos: **JOÃO RIBEIRO DE SOUZA**
MARIA RIBEIRO DE SOUZA

Foi declarante O GENITOR: EUSEBIO JACINTO DA SILVA
DNV, nº 47716159.

Observações: .



O referido é verdade, dou fé.
Carpina, 19 de Janeiro de 2009

Creusa Maria de Souza Belo
Oficial(a) do Registro Civil

CREUZA MARIA DE SOUZA BELO
Oficial(a)

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
Gilma

NÃO É POSSÍVEL TIRAR FOTOCOPIA NESTE DOCUMENTO. QUALQUER ADULTERACAO OU ENIGMA INVALIDA ESTE DOCUMENTO.





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número
110.441.474-07

Nome

KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA

Nascimento
13/01/2009

VÁLIDO SOMENTE COM O COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
Caito



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 11:18:06
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020311180648300000056359707>
Número do documento: 20020311180648300000056359707

Num. 57298071 - Pág. 2

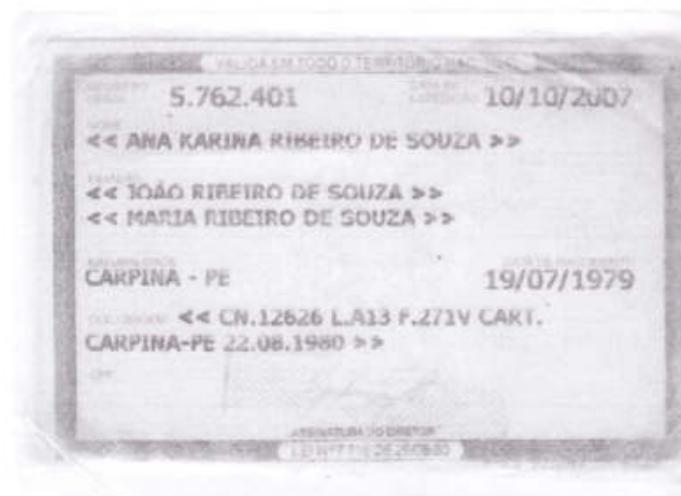
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: **ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA**

Nº de Inscrição: **031860954-17**

Data do Nascimento: **19/07/79**



XOTE SEGUROS
Erica Araujo
callig.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190575723 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KAKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA **Data do acidente:** 05/06/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.
FRATURA PROXIMAL DA FÍBULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE) E ALTA MÉDICA.(PÁG.1)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190575723 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA **Data do acidente:** 05/06/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.
FRATURA PROXIMAL DA FÍBULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE) E ALTA MÉDICA.(PÁG.1)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0351187/19

Número do Sinistro: 3190575723

Vítima: KAKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA

CPF: 031.860.954-17

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/06/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

KAKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA : 031.860.954-17

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/11/2019
Nome: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA
CPF: 031.860.954-17

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

ANNA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 11:18:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020311180648300000056359707>
Número do documento: 20020311180648300000056359707

Num. 57298071 - Pág. 6

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0351187/19

Vítima: KAKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA

CPF: 031.860.954-17

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/06/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA : 031.860.954-17

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/10/2019
Nome: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA
CPF: 031.860.954-17

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

ANNA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO





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

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190575723 Vítima: KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA

Data do Acidente: 05/06/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14965721



00537/000538 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 11:18:06
<https://pjje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020311180648300000056359707>
Número do documento: 20020311180648300000056359707

Núm. 57298071 - Pág. 8



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

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190575723 Vítima: KAKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA

Data do Acidente: 05/06/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

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

Recebedor: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001242

Conta: 0000039639-8

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 11:18:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002031118064830000056359707>
Número do documento: 2002031118064830000056359707

Núm. 57298071 - Pág. 9

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	110.441.474-02	Kay Ky Silveira Fausto da Silva

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	

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

17 - Nome completo do Representante Legal: Ana Karina Silveira de Souza	18 - CPF do Representante Legal: 031.860.954.12	19 - Profissão do Representante Legal: necro aux.
--	--	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1242 CONTA: 39 639 8
 (Informar o dígito se existir) 013 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
01/01/19

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/nascidos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

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



34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Olaria, 27/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EFE 001 VERSÃO 0/0

TESTEMUNHAS





AUTO-ATENDIMENTO - AG. Carpina
DATA: 13/09/2019 HORA: 07:26:02
TERMINAL: 12421491 CONTROLE: 124214910000

AGÊNCIA: 1242 - CARPINA
CONTA: 013.00039639-8
CLIENTE: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
ÚLTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LÍMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
01/09	0,00
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012	
DATA	VALOR
25/08	81,69
01/09	2,26

MÓVIMENTAÇÃO

DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR 83,840

Agosto

25/08 0000000 REM BASICA 0,00C
25/08 0000000 CRED JUROS 0,30C

Setembro

01/09 0000000 REM BASICA 0,00C
01/09 0000000 CRED JUROS 0,01C

RESUMO EM 12/09

SALDO 63,95C

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL 63,95C

SALDO BLOQUEADO 0,00

SALDO TOTAL 63,95C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE

XOTE SEGUROS
Erica Araujo
Gildia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 110.442.474-02 4 - Nome completo da vítima: Kay Ky Ribeiro Jacinto da Silva

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		

Kay Ky Ribeiro Jacinto da Silva
jusus ay tv. Sizernando C leal
Santana
Corpiuna
marcelosassensio@outlook.com
110.442.474-02
233 A
AC
55819.224
(81) 9915.3756

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

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

Ana Karina Ribeiro de Souza
031.800.954-17
jusus ay

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1242 CONTA: 39 639 8
(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varíasas)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Coripina, 25/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Enc. 001 1000/2010

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ºCIRC
DINTER1/11ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0135002043**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/06/2018** às **10:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **5/6/2018** às **11:50**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, RUA SIZENANDO CARNEIRO LEÃO - LOTEAMENTO SANTANA CARPINA-PE** - Bairro: **BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EUSEBIO JACINTO DA SILVA (NOTICIANTE)
ANISIO FRANCISCO DO CARMO NETO (OUTRO)
K.R.J.D.S. (Menor de Idade) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

EUSEBIO JACINTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO DA SILVA**
Pai: **SEVERINO JACINTO DA SILVA** Data de Nascimento: **19/11/1975** Naturalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: **4897868/SSP/PE (RG) 96254386453 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares:
- 994249756

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 238, RUA JOSÉ ANTONIO DE LIMA, 238 A BAIRRO NOVO - LOTEAMENTO SAQNTANA CARPINA-PE - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

K.R.J.D.S. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA** Pai: **EUSEBIO JACINTO DA SILVA** Data de Nascimento: **13/1/2009** Naturalidade: **VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 238, RUA JOSÉ ANTONIO DE LIMA, 238 A BAIRRO NOVO LOT. SANTANA CARPINA-PE - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

KOTE SEGUROS
Erica Araujo 12/09/2019 1-
cildia



ANISIO FRANCISCO DO CARMO NETO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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): **ANISIO FRANCISCO DO CARMO NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKM5355** (PERNAMBUCO/VITORIA DE SANTO ANTAO)
Ano Fabricação/Modelo: **2001/2001**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. EUSEBIO JACINTO, INFORMANDO QUE NO DIA 05/06/2018, POR VOLTA DAS 11:50 HORAS, O SEU FILHO KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA , MENOR DE 09 ANOS DE IDADE TERIA SIDO ATROPELADO POR UMA MOTO DE PLACA KKM5355, QUANDO CAMINHAVA PELA RUA SIZENANDO CARNEIRO LEÃO, BAIRRO NOVO, LOTEAMENTO SANTANA, NESTA CIDADE. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA DESTA CIDADE, SENDO CONDUZIDO POSTERIORMENTE , NO MESMO DIA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, EM RECIFE-PE. QUE, A VÍTIMA FICOU INTERNADA, ONDE FEZ CIRURGIA NO FÉMUR E TÍbia. QUE, ALEGA AINDA QUE A MOTO QUE O ATROPELOU TERIA SIDO FURTADA DA COMERCIAL 2001, NESTA CIDADE, PORÉM O CONDUTOR NÃO FOI IDENTIFICADO. DIANTE O FATO EXPOSTO, SOLICITA PROVIDENCIAS POLICIAIS QUE O CASO REQUER.

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

**EUSEBIO JACINTO DA SILVA
(NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **JOSÉ AMARO DE AGUIAR** - Matrícula: **3847977**

XOTE SEGUROS
Erica Araujo
Callida



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	110.441.474-02	Kay Ky Silveira Fausto da Silva

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	

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

17 - Nome completo do Representante Legal: Dra Karina Silveira de Souza	18 - CPF do Representante Legal: 031.860.954.17	19 - Profissão do Representante Legal: Advogada.
--	--	---

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 1242	CONTA: 39 639	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	013 (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

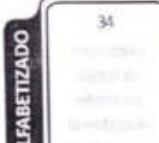
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
01/01/19

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/nascidos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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



34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Olaria, 27/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Dra Karina Silveira de Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EFE 001 VERSÃO 01/01/2019

TESTEMUNHAS





AUTO-ATENDIMENTO - AG. Carpina
DATA: 13/09/2019 HORA: 07:26:02
TERMINAL: 12421491 CONTROLE: 124214910000

AGÊNCIA: 1242 - CARPINA
CONTA: 013.00039639-8
CLIENTE: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
ÚLTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LÍMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
01/09	0,00
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012	
DATA	VALOR
25/08	81,69
01/09	2,26

MÓVIMENTAÇÃO

DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR 83,840

Agosto

25/08 000000 REM BASICA 0,00C
25/08 000000 CRED JUROS 0,30C

Setembro

01/09 000000 REM BASICA 0,00C
01/09 000000 CRED JUROS 0,01C

RESUMO EM 12/09

SALDO 63,95C

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL 63,95C
SALDO BLOQUEADO 0,00
SALDO TOTAL 63,95C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

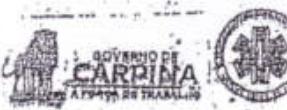
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE

XOTE SEGUROS
Erica Araujo
Gildia





SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:
192 FICHA DE ATENDIMENTO

Nº de Documento:

Atc: 548G, 10+

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
atmofila

66. Conduta:	<input type="checkbox"/> 1. Imob. Coluna cervical <input type="checkbox"/> 2. Utilização de prancha <input type="checkbox"/> 3. Imob. Membros <input type="checkbox"/> 4. KED <input type="checkbox"/> 5. Oxigenoterapia		
67. Unidade de destino			
67. Médico que recebeu			
68. Equipe:			
Médico assistente:			
Enfermeiro:	Jaqueline Breyne		
Técnico de enfermagem:			
Condutor/Piloto:	Giovanna		
Responsável pelo preenchimento:	Jaqueline Breyne		
Solicitou apoio da UCI	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		
Observações:	Saímos como vítima.		
Radiogrammântio	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		
Obstáculo:			
Destino:			
Obs: Registrar todos os reudocurramentos ocorridos no campo das observações.			
69. Compartilhamento da competência:			
<input type="checkbox"/> 1. Pelo médico regulador <input type="checkbox"/> 2. Pelo solicitante <input type="checkbox"/> 3. Por trote <input type="checkbox"/> 4. Por cenário de risco para a equipe			
70. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE			
O assinante certifica que o paciente recebe atendimento mesmo contra orientação médica.			
Testemunha:			
Assinatura:			
RG:			
Dados:			
71. Múltiplos vícimes:	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		
Nº de vícimes:			
Cenário:			

*KOTE SEGUROS
Erica Araujo
BH/MA*



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: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 000000039639-8

Nr. da Autenticação 353029B9F60AB9AE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 11:18:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020311180648300000056359707>
Número do documento: 20020311180648300000056359707

Num. 57298071 - Pág. 19



Tarifa Social da Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/2002

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Ilha Viçosa, Recife - PE - CEP 50060-602
CNPJ 13.821.832/0001-28 | Fone: (81) 3005-8483 | www.celpa.com.br

SABERES

第三輯 國際化的電影研究

ENQUETE DA UNIDADE CONSUMIDORA

IV-4 (2) 7/2000 CLEAD 238 A

CPF: 031 860 354-17 NIS: 20035508030

SANTANA/CARPINI
2007-2008

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

[View Contracts](#)

BALAFRENDA.COM.NG

2181819018 08/2019

072967730
APRIL 2019
PARKER, JEFFREY
072967730
PARKER, JEFFREY

16/08/2019 - 10/09/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Álcool 30 ml/5	30	0,0134020	0,73
Consumo Álcool suíço e 25 latas 120 ml/lat	25	0,32184015	7,54
Alecrim/Banana/AMARELA			0,26
Alecrim/Banana/VERMELHA			0,29
Compre 1 kg. Pimenta Moída			4,51
Molho de alface NF 00029170 - 125g			2,42
Jurema branca NF 00029173 - 100g			2,17
Atum integral IOPMAF 000296270 - 1kg			18,18

更多資訊 請上 [www.caifeng.com](#)

DEMOGRAPHICO DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE LEITURAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
30-0981077	CAT	18/05/2014	7.280,00	13/06/2014	7.280,00	01	-100,00		0,00



Programs that receive grants under this section must submit an annual report detailing information about the grant activity to the appropriate state or local government agency. The report must include information on the amount of funds received, the amount spent, the number of individuals served, and the results achieved. The report must also include information on any other grants received by the program, including the amount received and the purpose of the grant.

Digitized by srujanika@gmail.com

ATENCIÓN: NO SE PUEDE VENDER NI DISTRIBUIR SIN AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIONES.

Este documento não é destinado a nenhuma entidade ou indivíduo que não seja o destinatário da correspondência. Caso o destinatário do documento tenha recebido mais de uma cópia do documento, poderá ser considerado que o documento é destinado ao destinatário da maior parte das cópias. O destinatário deve informar ao seu administrador de rede que o documento é destinado a ele e que deve ser removido da rede. Se o destinatário não informar ao seu administrador de rede que o documento é destinado a ele, o destinatário pode ser considerado responsável por qualquer uso indevido do documento.

RESUMO DA TENSÃO DE FALHA E DURADA DIFERENCIADA					RESUMO DA TENSÃO DE FALHA	
CÁLCULO DE TENSÃO DE FALHA DIFERENCIADA					CÁLCULO DE TENSÃO DE FALHA	
DISPONIBILIDADE CARREGADA	TENSÃO APERTADA (V)	LÂMINA MÍNIMA	LÂMINA TRIBUTARIA	LÂMINA MÁXIMA	TENSÃO NOMINAL (V)	LÂMINA DE VARIAÇÃO DE TENSÃO (V)
PNC	1,74	0,21	74,6	27,48	72,0	21,6
PNC	1,00	2,4	4,8	1,92	-	-
SCANT	0,19	0,04	0,24	0,08	-	-

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
SANTOS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 11:18:06
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/lg/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020311180648300000056359707>
Número do documento: 20020311180648300000056359707

Núm. 57298071 - Pág. 20

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ana Karina Ribeiro de Souza,

RG nº 5.762.6101, data de expedição 10/10/02, Órgão SDS/IPE,

CPF nº 031.860.954-12, 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>tr. 4 Sizinando C. Liao</u>
Número	<u>238 A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Santana</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>55819-224</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756</u>
E-mail	<u>narcisoassessoria@fictmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Conjunto, 18/09/2019

Assinatura do Declarante:

Ana Karina Ribeiro de Souza

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/10/19





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 981704/2018.

NOME: KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA.

Foi atendido às 16h14 do dia 05.06.2018.

Diagnóstico provável: POLITRAUMA - T.C.E.
FRATURA FECHADA DE DIÁFISE DE FÉMUR DIREITO
FRATURA DE FIBULA DIREITA.
ENFERMOS (LEVO-COMUN) EM CÍVICO-EDUCADO
TALVIA DE VHEALDADIL ATENDIMENTO)

Tratamento realizado: EXAMES COMPLEMENTARES
TAC DA CINTA SENO LATERAL VIGANOGROSCOS
CÍVICO - FRATURA FECHADA DE DIÁFISE DE
FÉMUR DIREITO - OSTEOSÍNTESIS EM 06-06-18
TALIA COXO-SUDALICA
VALORASINA - ANTIBIOTICO
TALIA GERADA EM P.S. DIREITO.

Obs.

ALTA HOSPITALAR E.F. 11-06-2018

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

Cópia de Prontuário Médico em 13.07.2018

HS - Hospital da Restauração
Dr Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAME
CRM: 4533

4533

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

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

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
01/01/19



5441505

5441393
H.O.F.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA FRANCISCO ASSIS CHATEAUDBRIAND



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário:	123.927	CNS:	123.927	Idade:	59	Sexo:	H
Nome:	Raquel Ribeiro	Local de nascimento:	Itararé	Est. Civil:	S		
End:	R. José Antônio de Deus	Bairro:	130109	CEP:			
Cidade:	Conceição	Nº:	2387	Nac.:		Doc Nº:	
Mãe:	Ana Ribeiro	R.:	2023	Pal:			
Profissão:		Responsável:				Tel.:	

Últimas Ocorrências:

Data: 05/06/18 Hora: 11:50

Nº OCORRÊNCIA

Situação / Sintomas / Queixas / Eventos:

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXA / DIAGNÓSTICO:

Paciente de encontro no serviço operacional trouxe em sua história como cobertos (frontal), collares dentro de 1 fracionado fechado de feridas. No exame percutival de fibrafita

TRATAMENTO:

- ① Profenito 50mg, por via IM 100ml F95;
- ② Decoxikan 2mg, fazer via IM 100ml F95;
- ③ Solictis Roctevan 500mg de M/D, a pele profunda.

EXAMES COMPLEMENTARES:

④ Transfusão pet fracionada - Outro

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

⑤ Fratura da M/D
ap, profunda

MOTIVO DA SAÍDA:

Senha: 5441393

RESIDÊNCIA: INTERNAÇÃO: CURATIVO BÁSICO

ESP

TÉCNICO / COREN

 NEBOLIZAÇÃO RETIRADA DE PONTOS

ENCAMINHAMENTO:

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

Dr. Rogério Alves de Santana
Médico
CRM: 26014
CREMEPE 26014
HORÁRIO:

REMOVIDO:

 URGÊNCIA BÁSICA URG. ESPECIALIZADA

OBITO:

 OBS. BÁSICA OBS. ESPECIALIZADA

M DO DIA _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO:

DATA SÁIDA:

HORÁRIO SÁIDA:

DATA:

RECEPCIONISTA: 10.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
Gildia

