



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
57298070	03/02/2020 11:18	<a href="#">2690273_CONTESTACAO_01</a>	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

**CONTESTAÇÃO**

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

**BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **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 nexa 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



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.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória 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/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

#### **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.

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

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



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  
**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 VITIMA FICOU INTERNADA, ONDE FEZ CIRURGIA NO FÊMUR 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**

**SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**  
192  
FICHA DE ATENDIMENTO

Nome do paciente: **ANISIO FRANCISCO DO CARMO NETO**  
Idade: **09** Anos  
Sexo: **M**  
Data de nascimento: **05/06/2009**  
Endereço: **RUA SIZENANDO CARNEIRO LEÃO, BAIRRO NOVO, LOTEAMENTO SANTANA, NESTA CIDADE.**  
Município: **RECIFE-PE**  
UF: **PE**

Local de ocorrência: **RUA SIZENANDO CARNEIRO LEÃO, BAIRRO NOVO, LOTEAMENTO SANTANA, NESTA CIDADE.**  
Tipo de ocorrência: **Acidente de trânsito**  
Tipo de veículo: **Motocicleta**  
Tipo de vítima: **Condutor**  
Tipo de ferimento: **Fratura**  
Tipo de atendimento: **Atendimento em local de ocorrência**  
Tipo de transporte: **Transporte em veículo próprio**  
Tipo de encaminhamento: **Encaminhamento para hospital**

Portanto, para que não pairasse 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 a indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

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

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue 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**<sup>4</sup>.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistiu 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 mesmo<sup>5</sup>.

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

<sup>4</sup>“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 apresenta 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 incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

<b>PARECER DE ANÁLISE MÉDICA</b>				
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
Número: 3190575723	Cidade: Carpina	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: KAYKY RIBEIRO JACINTO DA SILVA	Data do acidente: 05/06/2018	Seguradora: Investprev Seguradora S/A		
<b>PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA</b>				
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 (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.				
<b>DANOS</b>				
<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

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.

<sup>5</sup>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 SUPOSTO 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 irreatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”*

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 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





Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>6</sup>.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>7</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>6</sup> RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO 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.

<sup>7</sup> **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”





### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>8</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>9</sup>

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>9</sup>art. 1º. (...)

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



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

Requer a produção de prova pericial nos termos 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.

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

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



### **QUESITOS DA RÉ**

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



### **TABELA DE GRADAÇÃO**

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



## SUBSTABELECIMENTO

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

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **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
57298071	03/02/2020 11:18	<a href="#">ANEXO 1</a>	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-MAIL: 1crccarpina.creuz@gmail.com

Certório do Registro Civil  
1.º Distrito - Sede  
Creuza Maria de Souza Belo  
Oficiala  
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, VITÓRIA 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  
DNU, nº 47716159.

Observações: .

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

*Creuza Maria de Souza Belo*  
Oficial(a) do Registro Civil

CREUZA MARIA DE SOUZA BELO  
OFICIALA



KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
01/11/19







KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
09/10/19



**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**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CENTRO DE REGISTRO DE CARTEIRAS DE IDENTIDADE



*Ana Karina Ribeiro de Souza*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS

5.762.401 10/10/2007

<< ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA >>

<< JOÃO RIBEIRO DE SOUZA >>

<< MARIA RIBEIRO DE SOUZA >>

CARPINA - PE 19/07/1979

<< CN.12626 LA13 F.271V CART. CARPINA-PE 22.08.1980 >>

ASSINATURA DO DETENTOR

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
09/10/19



## 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 (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



## 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 (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



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0351187/19

Número do Sinistro: 3190575723

Vítima: KAYKY 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

KAYKY 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](http://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

ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0351187/19

**Vítima:** KAYKY 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](http://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

ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14965721

Pag. 00537/00538 - carta\_01 - INVALIDEZ







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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: KAYKY 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01791/01792 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020896



# 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: 4 - Nome completo da vítima:

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:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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/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 às 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 discorde 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(s) (minors)? ☐ 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 àqueles 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

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Carpiús, 27/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FORM 001/003/2010





AUTO-ATENDIMENTO - AG Carpina

DATA: 13/09/2019

HORA: 07:26:02

TERMINAL: 12421491

CONTROLE: 124214910090

AGENCIA: 1242 - CARPINA

CONTA: 013.00039639-8

CLIENTE: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA  
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
01/09	0,00

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
25/08	81,69
01/09	2,26

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			83,640
----------------	--	--	--------

Agosto

25/08	000000	REM BASICA	0,000
25/08	000000	CRED JUROS	0,380

Setembro

01/09	000000	REM BASICA	0,000
01/09	000000	CRED JUROS	0,010

RESUMO EM 12/09

SALDO	83,950
-------	--------

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL	83,950
------------------	--------

SALDO BLOQUEADO	0,00
-----------------	------

SALDO TOTAL	83,950
-------------	--------

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-720 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE

[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://CAIXA.GOV.BR/VOCE)

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
09/10/19





# 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: 4 - Nome completo da vítima:

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: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1242 CONTA: 013 39 639 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider 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 às 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 discorde 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(vários)? ☐ 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 àqueles 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 - Impresão 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) de Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC  
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0135002043**

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

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

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

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

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

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEÍCULO: (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: **MUNICÍPIO 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: **VITÓRIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO 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  
911119





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 VÍTIMA 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 FÊMUR 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**

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
09/06/19



# 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: 4 - Nome completo da vítima:

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:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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/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 às 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 discorde 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(s) (minors)? ☐ 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 àqueles 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

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:

Carpiús, 27/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FORM 001/003/2010







AUTO-ATENDIMENTO - AG Carpina

DATA: 13/09/2019

HORA: 07:26:02

TERMINAL: 12421491

CONTROLE: 124214910090

AGENCIA: 1242 - CARPINA

CONTA: 013.00039639-8

CLIENTE: ANA KARINA RIBEIRO DE SOUZA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA  
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
01/09	0,00

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
25/08	81,69
01/09	2,26

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			83,640
----------------	--	--	--------

Agosto

25/08	000000	REM BASICA	0,000
25/08	000000	CRED JUROS	0,380

Setembro

01/09	000000	REM BASICA	0,000
01/09	000000	CRED JUROS	0,010

RESUMO EM 12/09

SALDO	83,950
-------	--------

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL	83,950
------------------	--------

SALDO BLOQUEADO	0,00
-----------------	------

SALDO TOTAL	83,950
-------------	--------

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-720 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE

[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://CAIXA.GOV.BR/VOCE)

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
09/10/19





Otc: 5486-107

1. Hora do chamado 11:27	2. Chegada ao local 11:30	3. Saída do local 11:37	4. Hora de conclusão 11:30	5. Saída do hospital					
6. Motivo/Solicitação Coluna: Corroco x Corro				7. Data 05/06/2018					
8. Tipo de recurso: <input checked="" type="checkbox"/> 1. UBA <input type="checkbox"/> 2. UBB <input type="checkbox"/> 3. VIR <input type="checkbox"/> 4. Helicóptero <input type="checkbox"/> 5. Moto									
9. Origem do acionamento: <input type="checkbox"/> 1. Domicílio <input checked="" type="checkbox"/> 2. Via Pública <input type="checkbox"/> 3. Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 4. SAD									
10. Médico regulador: <u>Amazal</u>		11. Rádio operador: <u>Carvalho</u>							
12. Paciente: <u>Carvalho</u>		13. Solteirista: <u>Carvalho</u>							
14. Data de nascimento: <u>11/11/1955</u>		15. Idade: <u>5</u>		16. Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino					
17. Logradouro: <u>Rua Cisneros Manoel Carneiro</u>				18. Nº: <u>511</u>					
19. Bairro: <u>Voluntários da Pátria</u>				20. Município: <u>Carpina</u>					
21. Zona: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural		22. Referência: <u>Prox. 800m</u>							
23. Local de ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Via Pública <input type="checkbox"/> 2. Domicílio		24. Ocorrência relacionada ao trabalho: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não							
25. Tipo de atendimento: <input type="checkbox"/> 1. Clínico <input checked="" type="checkbox"/> 2. Causa externa <input type="checkbox"/> 3. Obstétrico <input type="checkbox"/> 4. Pediátrico <input type="checkbox"/> 5. Psiquiátrico <input type="checkbox"/> 6. Remoção/Resposta: <u>Unid. Solicitante</u>									
26. Tipo de vítima: <input type="checkbox"/> 1. Pedestre <input type="checkbox"/> 2. Condutor <input type="checkbox"/> 3. Passageiro <input type="checkbox"/> 4. Pessoa conduzida em local inadequado									
27. Meio de locomoção da vítima: <input type="checkbox"/> 1. Automóvel <input type="checkbox"/> 2. Moto <input type="checkbox"/> 3. A pé <input type="checkbox"/> 4. Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> 5. Outro									
28. Mecanismo do trauma: <input type="checkbox"/> 1. Desapoiamento <input type="checkbox"/> 2. Ejeção <input type="checkbox"/> 3. Impacto frontal <input type="checkbox"/> 4. Impacto lateral <input type="checkbox"/> 5. Impacto traseiro									
29. Natureza do acidente: <input type="checkbox"/> 1. Colisão/Abaloamento <input type="checkbox"/> 2. Tombamento ou Desapoiamento <input type="checkbox"/> 3. Choque com objeto fixo <input type="checkbox"/> 4. Atropelamento <input type="checkbox"/> 5. Queda em/desde veículo <input type="checkbox"/> 6. Outro									
30. Uso do cinto pela vítima: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica		31. Uso de cinto pela vítima: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica		32. Uso de bairrin aléptico pela vítima: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica					
33. Intoxicação Exógena: <input type="checkbox"/> 1. Alcool <input type="checkbox"/> 2. Drogas ilícitas <input type="checkbox"/> 3. Medicamentos <input type="checkbox"/> 4. Animais peçonhentos <input type="checkbox"/> 5. Outros									
34. Queda: <input type="checkbox"/> 1. Própria altura <input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Aproximadamente: <u>1m</u>									
35. Agressão: <input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2. Arma branca <input type="checkbox"/> 3. Agressão física <input type="checkbox"/> 4. Abuso sexual <input type="checkbox"/> 5. Outros									
36. Queimadura: <input type="checkbox"/> 1. Fogo <input type="checkbox"/> 2. Fumaça <input type="checkbox"/> 3. Térmica (exceto fogo) <input type="checkbox"/> 4. Substância química <input type="checkbox"/> 5. Choque elétrico									
37. Tentativa de suicídio: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei <input type="checkbox"/> 4. Outros									
38. Outros acidentes: <input type="checkbox"/> 1. Afogamento <input type="checkbox"/> 2. Beberemento <input type="checkbox"/> 3. Não sei <input type="checkbox"/> 4. Outros									
39. Vias aéreas: <input type="checkbox"/> 1. Livre <input type="checkbox"/> 2. Obstruída		40. Respiração: <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Traqueal <input type="checkbox"/> 3. Bradipneia <input type="checkbox"/> 4. Apnéia <input type="checkbox"/> 5. Tórax com deformidades ou lesões							
41. Circulação/pulso: <input type="checkbox"/> 1. Ausente <input type="checkbox"/> 2. Presente		42. Pulso periférico: <input type="checkbox"/> 1. > 2. Regulares <input type="checkbox"/> 3. < 2. Regulares							
43. Neurologia: <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sonolência <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão									
44. Escala de GOSCOM: <input type="checkbox"/> 1. Débil motor <input type="checkbox"/> 2. Débil da consciência <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala									
45. Coloração da pele: <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Cianose <input type="checkbox"/> 4. Hiperemia <input type="checkbox"/> 5. Ictérico									
46. Pupilas: <input type="checkbox"/> 1. Míope <input type="checkbox"/> 2. Midríase <input type="checkbox"/> 3. Anisocóricas <input type="checkbox"/> 4. Não reagente <input type="checkbox"/> 5. Isocóricas									
47. Alergia: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		48. Usa medicamento: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		49. Alguma patologia: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não					
Qual?		Qual?		Qual?					
50. Abertura ocular (AO): <input type="checkbox"/> 1. Espontânea (4) <input type="checkbox"/> 2. À voz (3) <input type="checkbox"/> 3. À dor (2) <input type="checkbox"/> 4. Nenhuma (1)		51. Resposta verbal: <input type="checkbox"/> 1. Orientada (5) <input type="checkbox"/> 2. Confusa (4) <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas (3) <input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas (2) <input type="checkbox"/> 5. Nenhuma (1)		52. Resposta motora: <input type="checkbox"/> 1. Obediência a comandos (6) <input type="checkbox"/> 2. Localização dor (5) <input type="checkbox"/> 3. Movimento de retirada (4) <input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal (3) <input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal (2) <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma (1)					
TOTAL		SCORE1		SCORE2					
53. Sinais vitais - GSVV									
HORA									
PA									
FC									
FR									
TEMP									
HGT									
SpO2 %									
54. Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	Membro Superior	Membro Inferior
Amputação								Esquerda	Direita
Contusão								Esquerda	Direita
Escorção								Esquerda	Direita
Ematoma								Esquerda	Direita
Perfuração								Esquerda	Direita
Contusão								Esquerda	Direita
Fratura fechada								Esquerda	Direita
Fratura aberta								Esquerda	Direita
Lesão								Esquerda	Direita

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
01/06/19



55. Condição: <input type="checkbox"/> 1. Inib. Coluna cervical <input type="checkbox"/> 2. Utilização de prancha <input type="checkbox"/> 3. Inib. Membros <input type="checkbox"/> 4. KED <input type="checkbox"/> 5. Oxigenoterapia		
56. Unidade de destino		
57. Médico que recebeu		
58. Equipe: Médico assistente: _____ Enfermeiro: <u>Paulo Bezerra</u> Técnico de enfermagem: _____ Condutor/Piloto: <u>Guilherme</u> Responsável pelo preenchimento: <u>Paulo Bezerra</u>		62. Outras descrições: Por ser um caso com risco de vida, a vítima foi levada para a UTI. Foi populoso e ficou um ato.
Solitou apoio da U11 <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		
Observações: <u>Sauvados como</u> <u>Wesley.</u>		
Redirecionamento <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		
Causa: _____ Destino: _____ Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.		
59. Cancelamento da ocorrência: <input type="checkbox"/> 1. Pelo médico regulador <input type="checkbox"/> 2. Pelo solicitante <input type="checkbox"/> 3. Por tróca <input type="checkbox"/> 4. Por cenário de risco para a equipe		
60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE O subscrito certifica que o paciente recebeu atendimento mesmo contra orientação médica. Testemunha: _____ Assinatura: _____ RG: _____ Data: <u>11/11</u>		
61. Múltiplas vítimas: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não Nº de vítimas: _____ Causa: _____		

KOTE SEGUROS  
 Erica Araujo  
 09/10/19



# 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





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ana Karina Ribeiro de Souza,

RG nº 5.762.401, 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>Av. 4 Sigismundo C. Lúcio</u>
Número	<u>238 A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Santana</u>
Cidade	<u>Caruaru</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55819-224</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915.3256</u>
E-mail	<u>marceloassuncao@fictmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru, 18/10/2019

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 diafise de fêmur direito  
Fratura de fíbula direita.  
Enclavamento costal-contuso em cava-cabeço  
Fratura de vértebra (Atrasamento)

Tratamento realizado: Exames complementares  
TAC de crânio sem lesões intracranianas  
Cirúrgica - Fratura fechada de diafise de  
fêmur direito - Osteossíntese em 06-06-18  
Tala coxo-podálica  
Antibiótico - Antibiótico  
Tala gessada em m.s. direito.

Obs.

Alta hospitalar em 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

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

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

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
09/10/19





5441505

senha: 5441398

H.O.F.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE MISTA FRANCISCO ASSIS CHATEAUBRIAND



GOVERNO DE  
**CARPINA**  
A FORÇA DO TRABALHO

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 123.921 CNS: \_\_\_\_\_ Idade: 09 Sexo: M  
Nome: Ruique Ribeiro Est. Civil: S  
End: R. José Antonio de Jesus Bairro: 130109 CEP: \_\_\_\_\_  
Cidade: Carapina Nº: 2382 Nac.: \_\_\_\_\_ Doc Nº: \_\_\_\_\_  
Mãe: Ana Karina R. Souza Pai: \_\_\_\_\_  
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 deu entrada no ser-  
viço apresentando traumas em  
região como Cabeludo (front.  
parietal), Colunas cervicais  
fratura fechada de fêmur @  
região proximal de fêmur @

## TRATAMENTO:

① Propofol 500mg, para sedação  
② Diclofenac 2mg/kg, para dor  
③ SPM 500mg  
④ Solicito Ressonância para  
de M/D, AP + perfil

## EXAMES COMPLEMENTARES:

① Ressonância por tomografia

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

① Fratura de M/D  
AP + perfil

CID: \_\_\_\_\_

MOTIVO DA SAÍDA: senha: 5441398

RESIDÊNCIA: ☐ INTERNADO: ☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ TÉCNICO / COREN

## JUSTIFICATIVA:

## ENCAMINHAMENTO:

## REMOVIDO:

## OBITO:

M DO DIA

DATA SAÍDA: \_\_\_\_\_

HORÁRIO SAÍDA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

RECEPCIONISTA: \_\_\_\_\_

## CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA  
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

Dr. Rogério Alves de Santana  
Médico  
CREMEPE 26014  
HORÁRIO: \_\_\_\_\_

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO:

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
09/06/18

