



Número: **0002455-04.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **31/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| EDILSON JOSE DO NASCIMENTO (AUTOR) | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|-----------|--------------------|------------------------------------|----------------|
| 59326 803 | 16/03/2020 15:59 | <u>CONTESTAÇÃO</u> | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA TALHADA/PE

Processo: 00024550420198173370

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDILSON JOSE DO NASCIMENTO**, 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 **25/05/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 07/07/2019.

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\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 15:59:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031615590035200000058342211>
Número do documento: 20031615590035200000058342211

Num. 59326803 - Pág. 1

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

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.

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;

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)



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

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\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria 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 vínculo 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\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **25/05/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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

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

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

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

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

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\$ 945,00 (NOVECENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

⁴RECURSO 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) APPLICAÇÃO 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.

⁵Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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;
- 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.

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

⁷art. 1º. (...)

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



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

Para fins do 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,

SERRA TALHADA, 28 de fevereiro de 2020.

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 15:59:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031615590035200000058342211>
Número do documento: 20031615590035200000058342211

Num. 59326803 - Pág. 6

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 a 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 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação?

- 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



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 - 16/03/2020 15:59:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031615590035200000058342211>
 Número do documento: 20031615590035200000058342211

Num. 59326803 - Pág. 8

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA 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 **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **EDILSON JOSE DO NASCIMENTO**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **SERRA TALHADA**, nos autos do Processo nº 00024550420198173370.

Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA 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 - 16/03/2020 15:59:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031615590035200000058342211>
Número do documento: 20031615590035200000058342211

Num. 59326803 - Pág. 9



Número: **0002455-04.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **31/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| EDILSON JOSE DO NASCIMENTO (AUTOR) | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|-----------|--------------------|------------------------------|--------------------|
| 59326 805 | 16/03/2020 15:59 | <u>ANEXO</u> | Outros (Documento) |

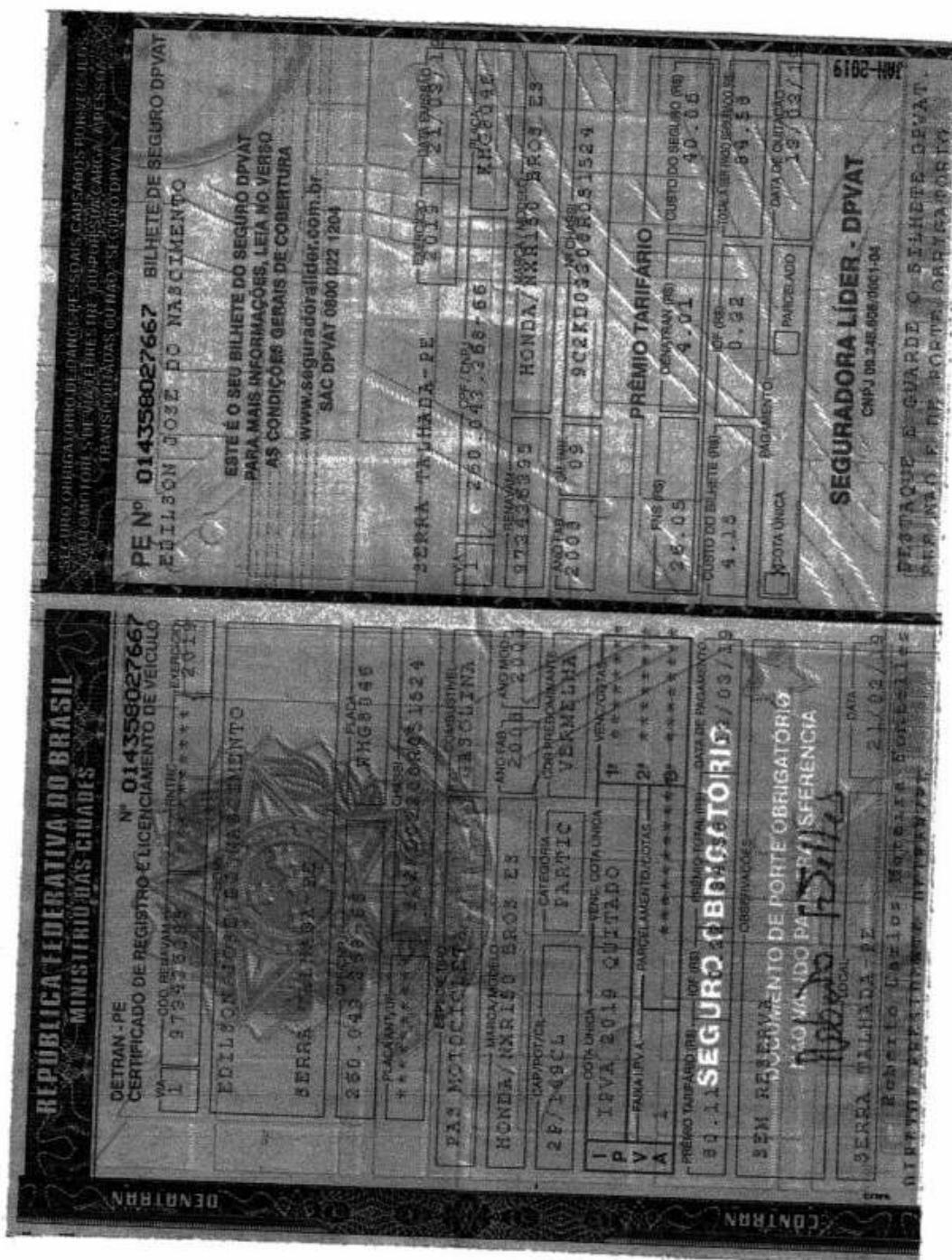


21 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 15:59:00
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031615590047200000058342213>
Número do documento: 20031615590047200000058342213

Num. 59326805 - Pág. 1



21 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 15:59:00
<https://pjje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003161559004720000058342213>
Número do documento: 2003161559004720000058342213

Núm. 59326805 - Pág. 2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491183 **Cidade:** Betânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE METACARPO DA MÃO ESQUERDO

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIFICULDADE PARA APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO
físico: DOS DEDOS.

Resultados terapêuticos: DEFICIT DE APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA .

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 06/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 uma das mãos | 70 % | Em grau residual - 10 % | 7% | R\$ 945,00 |
| | | Total | 7 % | R\$ 945,00 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491183 **Cidade:** Betânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE METACARPO DA MÃO ESQUERDO

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIFICULDADE PARA APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO
físico: DOS DEDOS.

Resultados terapêuticos: DEFICIT DE APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA .

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/09/2019

Conduta mantida:

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 uma das mãos | 70 % | Em grau residual - 10 % | 7% | R\$ 945,00 |
| Total | | | 7 % | R\$ 945,00 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491183 Cidade: Betânia Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO Data do acidente: 25/05/2019 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE METACARPO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @PAG 6. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 uma das mãos | 70 % | Em grau residual - 10 % | 7% | R\$ 945,00 |
| | | Total | 7 % | R\$ 945,00 |



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: E DILSON JOSE DO NASCIMENTO, brasileiro(a),
estado civil SOLTEIRO, Profissão AGRICULTOR residente e domiciliada na rua BARRÃO
DE LUCENA, Nº 116, Bairro DISTRITO VARZINHA, município de
SERRA TALHADA, Estado de (o) PE, cep: 56.923-000,
portador(a) do RG nº 37831244, SSP-SP e CPF nº 260.043.368-66

Outorgado: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, residente e
domiciliada na Rua Agostinho Nunes de Magalhães Nº.58, Nossa Senhora da Penha, Serra
talhada -PE, cep:56903-510, portador(a) do RG nº.8.232.379 SDS-PE e CPF nº.089.205.184-16.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do consorcio seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de transito o(a) Sr.(a) E DILSON JOSE DO NASCIMENTO
ocorrido em 25/05/2019, conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

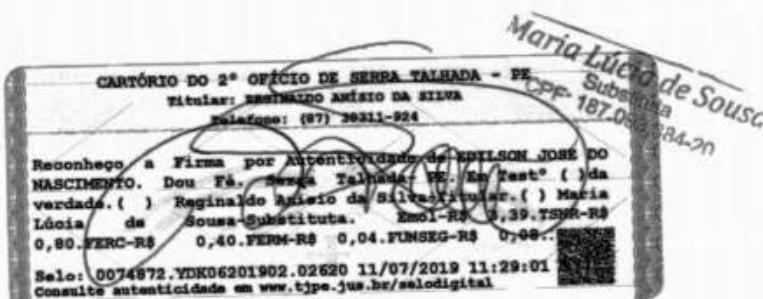
Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse,
podendo requerer o credito de indenização de sinistro DPVAT, para o pagamento de
quitação da indenização de sinistro DPVAT, nomeio e constituo o acima qualificado a quem
confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o COSÓRCIO DO
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Serra talhada- PE , 11, de JULHO 2019

Edison Zore de Correia

OUTORGANTE

CPF nº 260.043.368-66



21 AGO 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287535/19

Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

CPF: 260.043.368-66

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/05/2019

Titular do CPF: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO : 089.205.184-16

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

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO : 260.043.368-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 15:59:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031615590047200000058342213>
Número do documento: 20031615590047200000058342213

Num. 59326805 - Pág. 7



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, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190491183 Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag: 01933/01934 - carta_02 - INVALIDEZ



00010967

Carta nº 14754841



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 15:59:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031615590047200000058342213>
Número do documento: 20031615590047200000058342213

Num. 59326805 - 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, 29 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190491183 Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização

abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%
Solução: Encarcerada 10%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalides Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000238

Conta: 00000422654-9

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 - 16/03/2020 15:59:00
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003161559004720000058342213>
Número do documento: 2003161559004720000058342213

Num. 59326805 Pág. 9



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, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190491183 Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/05/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14911549



B222 00569/00570 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 15:59:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031615590047200000058342213>
Número do documento: 20031615590047200000058342213

Núm. 59326805 - Pág. 10



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:
260.043.368-66 EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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: | | |
| <u>EDILSON JOSE DO NASCIMENTO</u> | <u>260.043.368-66</u> | | |
| 7 - Profissão: | 8 - Endereço: | 9 - Número: | 10 - Complemento: |
| <u>AGRICULTOR</u> | <u>RUA BARRO DE LUCENA</u> | <u>131</u> | <u>CASA</u> |
| 11 - Bairro: | 12 - Cidade: | 13 - Estado: | 14 - CEP: |
| <u>DISTRITO VARDINHA</u> | <u>SERRA TALHADA</u> | <u>PE</u> | <u>56923-000</u> |
| 15 - E-mail: | 16 - Tel.(DDD): | | |
| <u>JOAQUIM NETO 709 @ GMAIL.COM</u> | <u>(87) 989467128</u> | | |

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:

| | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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)

| | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os banco) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) | Name do BANCO: _____ |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ |
| AGÊNCIA: <u>0238</u> CONTA: <u>42.2654</u> 9 | (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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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: | <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 checked="" type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (valescer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido | 38 - 1º Nome: <u>ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u> CPF: <u>260.043.368-66</u> |
| 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido | 39 - 2º Nome: <u>EDILSON JOSE DO NASCIMENTO</u> CPF: <u>260.043.368-66</u> | |
| 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido | Assinatura da testemunha | |
| 40 - Local e Data, <u>SERRA TALHADA - PE</u> , <u>11/07/2019</u> | Assinatura da testemunha | |

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

5.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

21 AGO 2019



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190491183
Nome do(a) Examinado(a): Edilson Jose do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Barao de Lucena, 118
Distrito Varzinha Serra Talhada PE CEP: 56903-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 37831244
Data local do acidente: [25/05/2019]
Data local do exame: [06/09/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE METACARPO DA MÃO ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 23/07/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIFICULDADE PARA APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO DOS DEDOS.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
 - a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em dias | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
|---|---|
 - b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

| | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela): MÃO - Lado Esquerdo % do dano: <input checked="" type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
|---|--|

| | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
|--|--|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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



Dr. Gláucio A. Silva
CRM: 15.172
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 15:59:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031615590047200000058342213>
Número do documento: 20031615590047200000058342213

Num. 59326805 - Pág. 12



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177^ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177^ªCIRC
DINTER2/21^ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0267002580

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/07/2019 às 17:19**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **25/5/2019 às 04:00**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO MALHADA DO BOQUERÃO - BETANIA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BETANIA, 1 - Bairro: VILA SAO CAETANO - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA / SENTIDO SERRA TALHADA/BETANIA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
EDILSON JOSE DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO DO NASCIMENTO** Pai: **JOSE LUIZ DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **15/10/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA BARÃO DE LUCENA - DISTRITO DE VARZINHA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 118 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - 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)

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDILSON JOSE DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDILSON JOSE DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KHG8046** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **973436395** Chassi: **9C2KD03308R051524**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **HONDA/NXR150 BROS ES**

21 AGO 2019

07/07/2019 17:09





Complemento / Observação

COMPARCEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL A VITIMA NESTE BOLETIM NOTICIANDO QUE CONDUZIA SEU VEICULO MOTOCICLETA NA BR 232, ENTRANDO NA PE-340, SENTIDO SERRA TALHADA/BETANIA; QUE NO LOCAL CONHECIDO POR SITIO MALHADA DO BOQUERÃO, UM ANIMAL RURAL (VACA) ATRAVESSOU A PE-360; QUE A VITIMA DESVIOU DO ANIMAL, VINDO A CAIR NAS MARGENS DA RODOVIA; QUE A VITIMA SOFREU LESÃO NO PULSO DA MÃO ESQUERDA; QUE A VITIMA CONSEGUIU SE DESLOCAR ATÉ RESIDENCIA DE UM POPULAR QUE O SOCORREU PARA O HOSPITAL DE BETANIA, VINDO POSTERIORMENTE A DAR ENTRADA NO HOSPA, CONFORME BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE EMERGÊNCIA Nº 87; QUE A VITIMA NÃO SABE A QUEM PERTENCE O ANIMAL QUE ESTAVA SOLTO NA RODOVIA. ESTE REGISTRO DESTINA-SE AOS DEVIDOS FINS, NADA MAIS A RELATAR, ENCERRO.

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

**EDILSON JOSE DO NASCIMENTO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **WERLOW FONSECA DA SILVA** - Matrícula: **221.769-4**



21 AGO 2019

07/07/2019 17:09





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: 260.043.368-66 3 - CPF da vítima: 260.043.368-66 4 - Nome completo da vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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

| | | | |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------|----------------------------|
| 5 - Nome completo: | <u>EDILSON JOSE DO NASCIMENTO</u> | 6 - CPF: | <u>260.043.368-66</u> |
| 7 - Profissão: | <u>AGRICULTOR</u> | 8 - Endereço: | <u>RUA BARRO DE LUCENA</u> |
| 9 - Número: | <u>111</u> | 10 - Complemento: | <u>CASA</u> |
| 11 - Bairro: | <u>DISTRITO VARDINHA</u> | 12 - Cidade: | <u>SERRA TALHADA</u> |
| 13 - Estado: | <u>PE</u> | 14 - CEP: | <u>56923-000</u> |
| 15 - E-mail: | <u>JOAQUIM NETO 709 @ GMAIL.COM</u> | | |
| 16 - Tel.(DDD): | <u>(87) 989467128</u> | | |

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:

| | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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)

| | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os banco) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) | Name do BANCO: _____ |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ |
| AGÊNCIA: <u>02.38</u> CONTA: <u>42.2654</u> 9 | (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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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: | <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 checked="" type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (valescer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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
Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR CPF: 260.043.368-66

39 - 2º | Nome: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO CPF: 260.043.368-66

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SERRA TALHADA - PE, 11/07/2019 Edilson Jose do Nascimento 21 AGO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

5.001 V002/2019



COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO
CAUSA → FERSE →



FICHA DE ATENDIMENTO NA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

| | |
|--|-----------------------------|
| NOME: <i>Edilson José do Nascimento</i> | Nº REGISTRO: |
| DATA: <i>25/05/19</i> | HORA: <i>05:08</i> |
| CNS: <i>898 0014.310.8837</i> | DN: <i>15.10.15/ID: 45</i> |
| NOME DA MÃE: <i>Maria do Carmo do N.</i> | SEXO: <i>M</i> |
| PROFISSÃO: <i>Agricultor</i> | TELEFONE: |
| END: <i>Malhada do Boqueirão</i> | CIDADE: <i>Betânia - PE</i> |

| SINAIS VITAIS E MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | | | | | | | |
|---|------|----|------|-----|------|-----|-------|
| PA: | HGT: | T: | S02: | FC: | DOR: | IG: | PESO: |
| <i>110x90</i> | | | | | | | |

ESCALA DE DOR

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponderia à ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginable.

Escala de Intensidade da Dor

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|---------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |
| Sem dor | | | | Moderada | | | | | | Extrema |

Dor leve = 1 a 3 / 10
Dor moderada = 4 a 7 / 10
Dor intensa = 8 a 10 / 10

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

| | | | | | | | |
|----------|--|---------|--|-------|--|------|--|
| VERMELHA | | AMARELO | | VERDE | | AZUL | |
|----------|--|---------|--|-------|--|------|--|

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRIA BREVE:

DROGAS:

ALERGIAS:

DOENÇAS PREEXISTENTES: HAS () D. MELLITUS () NENHUMA () OUTRAS:

CONDUTA INICIAL:

REAVALIAÇÃO:

1ª HORA:

2ª HORA:

Enfermeiro Responsável

21 AGO 2019

Rua Rufina Passos Jardins, SN Centro, Betânia-PE
CNPJ: 19.259.219/0001-38 - CEP: 56.670-000 - Fone: (87) 99806 - 4749

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Paciente G. alato
Tremor nexo apesar.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

1. Difenoxina sub 20 Domytazone sub 30 mg 05/35
3. Tabata 20 mg IV Repete 09/35
4. Sfo, 1% 200 ml

5. Repauso

6. Obs -

DESTINO DO PACIENTE

OBSERVACAO () INTERNADO () TRANSFERIDO () EVADIU-SE () OBITO ()


Médico



21 AGO 2019



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: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00238

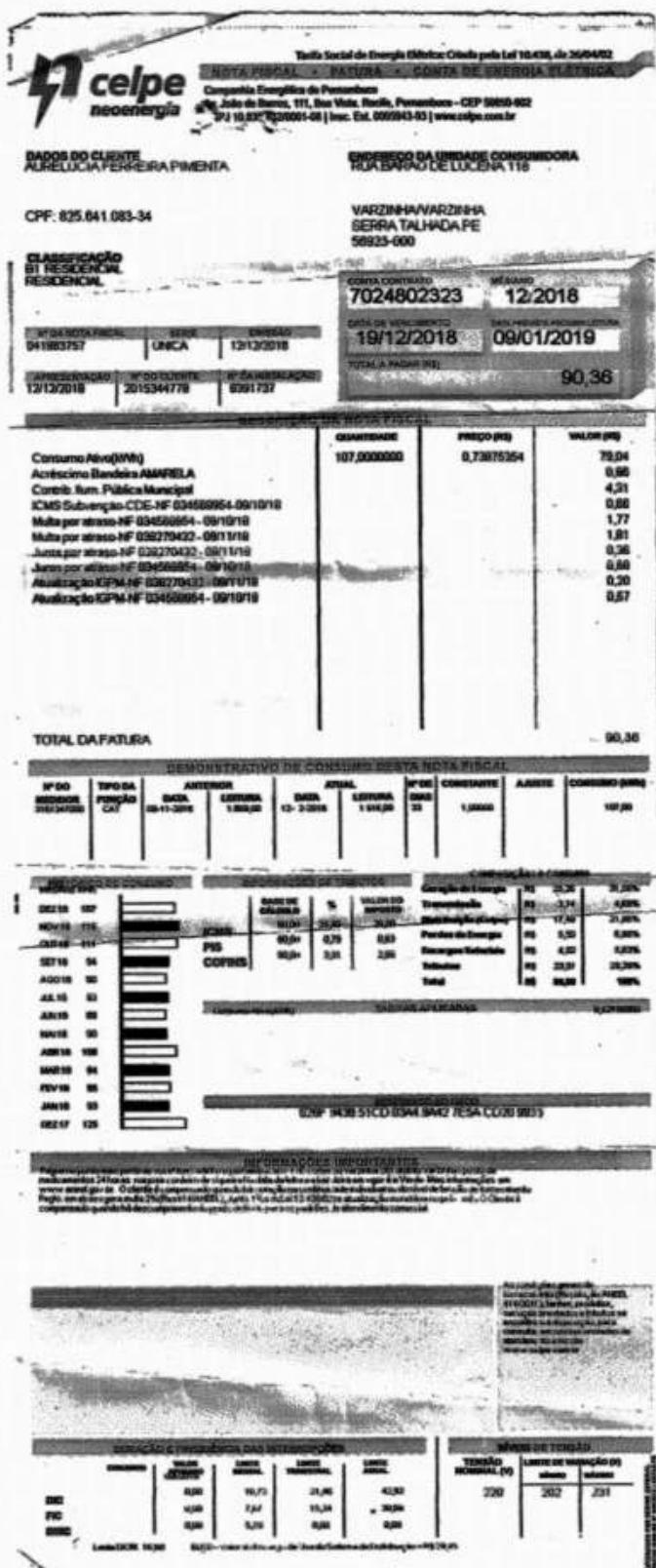
CONTA: 000000422654-9

Nr. da Autenticação 4202BCFDA9E586E0



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 15:59:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031615590047200000058342213>
Número do documento: 20031615590047200000058342213

Num. 59326805 - Pág. 18



21 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 15:59:00
<https://pjje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003161559004720000058342213>
Número do documento: 2003161559004720000058342213

Num. 59326805 - Pág. 19



Tarifa Social de Energia Elétrica Oferecida pela Lei 10.426, de 20/04/02

NOTA FISCAL - FAZENDA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Paulo, Recife - PE. CEP 50000-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE LUIS MARQUES DE SOUZA
RG-0878800083-MT-PE

CPF: 082.694.484-19

CLASSIFICAÇÃO

EE COMERCIAL
COMERCIAL

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AGOSTINHO NUNES MAGALHÃES 58

N.º SA DA PENHA SERRA TALHADA
SERRA TALHADA-PE
56903-510

| TIPO DE ENERGIA | UNICA | 12/06/2019 |
|-----------------|---------|------------|
| 05594678 | | |
| 12062019 | 3675403 | 194,69 |

| TIPO DE ENERGIA | MESMO |
|--------------------|------------|
| 4009422396 | 06/2019 |
| DATA DE VENCIMENTO | 19/06/2019 |
| ITEM A PAGAR (R\$) | 12/07/2019 |
| | 194,69 |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| Consumo Ativo(pWh) | QUANTIDADE | Preço (R\$) | VALOR (R\$) |
|---|------------|-------------|-------------|
| Adesão à Bandeira AMARELA | 210.000000 | 0,74193673 | 155,50 |
| Contrib. Itam. Pública Municipal | | | 1,58 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 054188051-1204/19 | | | 20,03 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 056628108-1204/19 | | | 1,18 |
| Multa por atraso-NF 059028108-1204/19 | | | 1,25 |
| Juros por atraso-NF 059028108-1204/19 | | | 3,00 |
| Abatimento ICPM-NF 059028108-1204/19 | | | 1,95 |
| Abatimento ICPM-NF 059028108-1204/19 | | | 1,94 |

TOTAL DA FATURA

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | |
|--|---------------|------------|------------|------------|------------|-----------|--------|
| TIPO DE ENERGIA | TIPO DA FONTE | DATA | PERÍODO | DATA | PERÍODO | CONSUMO | ABATE |
| 05594678 | CAT | 14-06-2019 | 15-06-2019 | 15-06-2019 | 16-06-2019 | 22.371,00 | 210,00 |

| DISPENSAS | DETALHAMENTO | VALORES | DETALHAMENTO | VALORES |
|-----------|--------------|---------|-------------------------|---------|
| ABR19 200 | | | Geração de Energia | 0,74 |
| MAR19 100 | | | Transmissão | 0,53 |
| ABR19 100 | | | Distribuição/patrocínio | 37,24 |
| MAR19 200 | | | Perda de Energia | 11,73 |
| MAR19 200 | | | Energia Substituta | 0,74 |
| FEV19 200 | | | Total | 49,24 |
| JAN19 200 | | | | 49,24 |
| DEZ18 200 | | | | 0,00 |
| NOV18 200 | | | | 0,00 |
| OUT18 200 | | | | 0,00 |
| SET18 200 | | | | 0,00 |
| AGO18 200 | | | | 0,00 |
| JUL18 200 | | | | 0,00 |
| JUN18 200 | | | | 0,00 |
| ABR18 200 | | | | 0,00 |
| | | | | 0,00 |

C4F7F29C-3004-9181-F5D0ADF8-SFBF-FFFF

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Recomenda-se que o cliente leia atentamente as informações contidas na Nota Fiscal, bem como as normas de cobrança estabelecidas na legislação e regulamentação da Companhia. Para obter mais informações sobre a cobrança de energia elétrica, o cliente deve dirigir-se ao seu representante da CELPE ou ao seu agente de vendas. O cliente deve sempre pagar suas contas de energia elétrica no prazo estabelecido, evitando assim a incidência de multas e juros de mora. O cliente deve sempre informar a CELPE sobre quaisquer alterações no endereço de residência, para que a Companhia possa fornecer os serviços de energia elétrica corretamente.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO.

DATA DE VENCIMENTO: 15/06/2019

VALORES DE VENCIMENTO:

| TIPO DE ENERGIA | VALOR DE VENCIMENTO |
|-----------------|---------------------|
| 05594678 | 194,69 |
| 05594678 | 194,69 |

VALORES DE PAGAMENTO:

| TIPO DE ENERGIA | VALOR DE PAGAMENTO |
|-----------------|--------------------|
| 05594678 | 194,69 |
| 05594678 | 194,69 |

DATA DE PAGAMENTO: 15/06/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 194,69

6382000001-094690011004-5 00942239810-2 13992534553-0



21 AGO 2019





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 089.205.784 / 76, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 260.043.368 / 66,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDILSON JOSE DO NASCIMENTO,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 260.043 / 368 / 66, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | |
|--|---------------------------------|------------------------------------|
| Endereço: <u>RUA AGOSTINHO NUNES DE MAGALHÃES</u> | Número: <u>58</u> | Complemento: <u>1º ANDAR</u> |
| Bairro: <u>NOSSA S. DA PENHA</u> | Cidade: <u>SERRA TALHADA</u> | Estado: <u>PE</u> |
| E-mail: <u>JOAQUIMNETO760@gmail.com</u> | CEP: <u>56903-510</u> | Tel.(DDD): <u>(87)936460348</u> |

Local e Data: SERRA TALHADA - PE, 17/07/2019

Joaquim Marques de Lima Neto
Assinatura do Declarante

21 AGO 2019

DIDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 15:59:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031615590047200000058342213>
Número do documento: 20031615590047200000058342213

Num. 59326805 - Pág. 21

FICHA DE ATENDIMENTO NA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

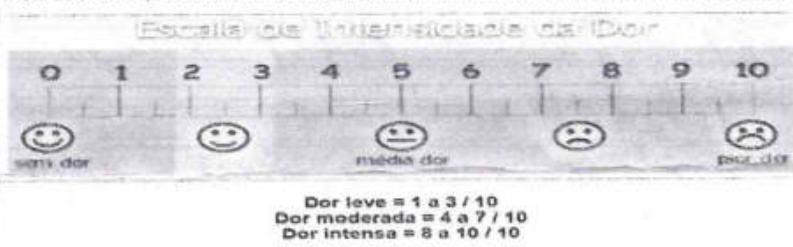
| | |
|--|-----------------------------------|
| NOME: <u>Báilon José do Nascimento</u> | Nº REGISTRO: |
| DATA: <u>25.05.19</u> | HORA: <u>05:08</u> |
| CNS: <u>898 0014.370. 8832</u> | DN: <u>15.10.75</u> ID: <u>45</u> |
| NOME DA MÃE: <u>Maria do Carmo dos</u> | SEXO: <u>M</u> |
| PROFISSÃO: <u>Agricultor</u> | TELEFONE: |
| END: <u>Malhada do Boqueirão</u> | CIDADE: <u>Atana -PE</u> |

SINAIS VITAIS E MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PA: HGT: T: S02: FC: DOR: IG: PESO:

ESCALA DE DOR

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Numa escala numérica, a ausência de dor é uma nota 0, a maior intensidade imaginável é uma nota 10.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHA AMARELO VERDE AZUL

| |
|-------------------|
| QUEIXA PRINCIPAL: |
| HISTÓRIA BREVE: |

| | | | |
|--|----------------------|--|--|
| DROGAS: | | | |
| ALERGIAS: | | | |
| DOENÇAS PREEXISTENTES: HAS () D. MELLITUS () NENHUMA () OUTRAS: | | | |
| CONDUTA INICIAL: | | | |
| REAVALIAÇÃO: | 1 ^a HORA: | | |
| | 2 ^a HORA: | | |

Enfermeiro Responsável

21 AGO 2019

Rua Rufina Passos Jardins, SN Centro, Betânia-PE
CNPJ: 19.259.219/0001-38 - CEP: 56.670-000 - Fone: (87) 99806 - 4749



ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Queda el año
Tú me mío quer.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

| |
|----------------|
| 1 ^o |
| 2 ^o |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

3. Diflunisal sub 200mg tablet → IV 05.35
zomepiracetam sub 300 mg → IV 09.00

3. Tablet 20 ms → IV Reptac 09.35

4. SF_{0.1%} 200 ml → IV Reptac 09.35

S. Repairs

6. Obs.

DESTINO DO PACIENTE

OBSERVAÇÃO () INTERNADO () TRANSFERIDO () EVADIU-SE () ÓBITO ()


Médico

13
14

21 AGO 2019





HOSPM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



14:26 h.

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 87

| | | | | | | | |
|---------------|------------------------------|--------------|--------------------|---------------|---------------------|-------|--|
| Data: | 05-05-19 | Nome: | José do Nascimento | | | Hora: | |
| Nome Social: | Edilson | | | Profissão: | Agricultor Soltério | | |
| Nascimento: | 15-10-75 | Sexo: | Masc. | Estado Civil: | Solteiro | | |
| Escolaridade: | 2º Lerie | Responsável: | O mesmo | | | | |
| Mãe: | Maria do Carmo do Nascimento | | | Fone: | | | |
| Endereço: | Rua - Barao che Lacyena, 118 | | | Município: | St. PE | Fone: | |
| Bairro: | Varginha | | | RG/CPF: | | | |
| Cartão SUS: | | | | | | | |
| Raça/Cor: | Branca | Preta | Parda | Amarela | Indígena | | |

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa: *Trauma na mão e punho esq.
As colisão motox vales hoje forte
maioria.*

| | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------|-----|---|------|----|-------|-------|----------|-------|
| PA: | 120x80 | P脉: | | HGT: | T: | SpO2: | Peso: | Glasgow: | 15 |
| Medicações em uso: | 100% | | | | | | | | |
| Intolerâncias/Alergias: | Necess | | | | | | | | |
| Fluxograma: | DITOPEDIA | | Carimbo e Assinatura: <i>Paulo Cesar F. Ferraz</i> <i>COREN-PE/BATIS: 23693-EN</i> | | | | | | 11:43 |

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

*Paiente com lesões de gesso de mao
o cerca de 10h. refere dor e edema
em mao E*

Tratamento:

*Rx mao E AP e obliqua
Inhalopina mao D: Endurecer mao de mao*

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

*Dr. Nelson P. Carvalho Filho
Cirurgia Geral
CREMEPE 20349 - CRM-PB 9443*

21 AGO 2019





HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Nome: Eduardo José da Silva

Pessoal da unidade

Assento

12-08

Dra. Ediene Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.182
CEM - Fone: 9.9936-0112

Data: 25/08/18

Médico - CRM

21 AGO 2019





HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que

EDILSON JOSE RIBEIRO

Necessita de 30 (trinta) dias de licença para tratamento de saúde, a partir da presente data.

CID = S 62.3

Serra Talhada, 25/10/17

Dr. Edilson José Ribeiro
Ortopedista / Reumatologista
CRM: 15.122
CRF: 15.0112

Médico - CRM

21 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 15:59:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031615590047200000058342213>
Número do documento: 20031615590047200000058342213

Num. 59326805 - Pág. 26

Dra. Andreia Diniz

ANESTESIOLOGIA -
CLÍNICA MÉDICA - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

Dr. Carlos Kennedy

NEUROCIURGIA - NEUROLOGIA

Dr. Ebenone A. Silva

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA -
CIRURGIA DO JOELHO - USG MUSCULoesQUELETICO

Dra. Martha Arruda

GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA -
COLPOSCOPIA - CITOGOGIA ONCÓTICA

Dr. Adeilson Feitosa

MEDICINA ORTOMOLECULAR
PARA O CONTROLE DE OBESIDADE

Dra. Ana Carolina Sampaio

FONOAUDIOLÓGIA - TESTE DA ORELHINHA - AUDIOMETRIA
CLÍNICA DE SAÚDE OCULTACIONAL

Dr. Antônio Melo

CLÍNICA MÉDICA - CARDIOLOGIA
ECOCARDIOGRAFIA

Dr. Jailson José

REUMATOLÓGISTA

Dra. Danniely Duarte

GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA -
USG GINECOLOGIA E QUSTETRÍCIA
NORPOLÓGICA FETAL

EDILSON JOSÉ DO NASCIMENTO

Paciente vítima de colisão de moto com animal, no dia 25/05/2018 no município de Betânia. No mesmo dia realizou exame de imagem no HOSPAM onde se evidenciou fratura de metacarpo da mão esquerda.

Hoje, o paciente em questão, passando pela avaliação clínica de sequelas realizada por mim, através da anamnese clínica e exame físico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob a manobra, apresenta como sequela: dores em mão esquerda, com força prejudicada, não conseguindo fazer a flexão completa dos dedos.

No momento, apresentando déficit funcional de 70% em mão esquerda e déficit laboral em 70% para suas atividades de agricultura.

SERRA TALHADA, 23 DE JULHO DE 2019.

Vra. Yamara Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.815

MÉDICA

21 AGO 2019

Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-8446 (87) 99916-0112 - e-mail: cem_st@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 15:59:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031615590047200000058342213>
Número do documento: 20031615590047200000058342213

Num. 59326805 - Pág. 27



21 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 15:59:00
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031615590047200000058342213>
Número do documento: 20031615590047200000058342213

Num. 59326805 - Pág. 28