



Número: **0009069-24.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABIO JOSE DA SILVA (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59059458	11/03/2020 09:57	2701604_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00090692420208172001

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **14/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 03/09/2019.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

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



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 VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 03/09/2019 após 09 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 14/12/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

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;



Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190601705 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: FABIO JOSE DA SILVA Data do acidente: 14/12/2018 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Não
 Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO (RUPTURA DE TENDÃO DE AQUILES).
 Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TENOMIORRAFIA). ALTA MÉDICA.
 Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO.
 Sequelas: Com sequela
 Documento/Motivo:
 Nome do documento faltante:
 Apontamento do Laudo do IML:
 Conduta mantida:
 Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.
 Documentos complementares:
 Observações: PÁG. 7/9_RESUMO DE ALTA/CIRURGIA

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquirir 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.

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



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

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

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

Ante o exposto, deve o feito 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 **14/12/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	01/11/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00045

CONTA: 000000022114-4

Nr. da Autenticação 16DF2547ECA23199

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.

⁴ 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



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; e

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

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.

⁵ **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.”

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



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 a 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 honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

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

⁷ art. 1º . (...)

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



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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 3 de março 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 - 11/03/2020 09:57:44
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031109574417400000058081342>
Número do documento: 20031109574417400000058081342

Num. 59059458 - Pág. 8

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 (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- 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 GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FABIO JOSE DA SILVA**, em curso perante a **34ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00090692420208172001.

Rio de Janeiro, 3 de março 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





Número: **0009069-24.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABIO JOSE DA SILVA (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59059460	11/03/2020 09:57	anexo 1	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	01/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00045

CONTA: 000000022114-4

Nr. da Autenticação 16DF2547ECA23199



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50066-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 9005942-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE:

MARIA JOSE PEREIRA DE MORAES
CPF: 888.488.174-87

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA BOMITO DE STA FE 48 A
CASA AMARELA RECIFE
53270-490 RECIFE PE

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

DATA DE VENCIMENTO

19/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

73,99

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

12/02/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

12/02/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

050167825

CÓDIGO CONTRATO

002583649010

Nº DO CLIENTE

2902341275

Nº DA INSTALAÇÃO

9902840514

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

6D9D.65AF.46BD.6CF8.B24D.DF3C.4C5B.DD38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	88,98	8,1378853	82,48
Contrib. Sum. Pública Municipal			11,54
			</

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA MEDIÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		IP	CONSUMO	LIMITE	CONSUMO %
		DATA	VALOR	DATA	VALOR				
MD51728	CAT	14/01/2019	29.827,32	12/02/2019	39.722,32	25	1,00000	9,00	88,98

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/03/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	DURAÇÃO	VALOR APURADO	RETA MENSAL	RETA TRIM	RETA ANUAL
ano 2019					
DEC-Ausência total sem Energia	0,00	4,55	6,81	19,82	
FEV-Ausência total sem Energia	0,00	2,11	3,28	12,75	
DEC-Quebra total sem Energia	0,00	3,77	6,30	19,82	
Total Duração de Interrupção: 12,22					
Total Duração de Interrupção em dias: 12,22					
Total Duração de Interrupção em horas: 293,28					
Total Duração de Interrupção em minutos: 1759,68					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pegue no posto mais perto de você as correias casa nova; sua padre lemos casa amarela / papelaria moderna; e padre lemos loja c 430 casa amarela. Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Paga, em atraso, multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido, conforme Lei 10.438/02 e atualização monetária no mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	232	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUÍ

CÓDIGO CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002583649010	02/2019	73,99	19/02/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838300000004 739900110023 583649010102 137344702737



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-007
CNPJ 14.935.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 000594343



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 20/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTUÁRIO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142
Ouvidoria 0800 262 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-717-9107-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE DZIEL MARIANO DA SILVA CPF: 388.994.194-67	DATA DE VENCIMENTO 02/08/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 19/07/2019	CONTA CONTRATO 000676751025
	TOTAL A PAGAR (R\$) 84,41	DATA DA APRESENTAÇÃO 28/07/2019	IF DO CLIENTE 388994194
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA AV PROF AGAMENON MAGALHÃES 473 VILA POPULAR/CURDA 53230-019 OLINDA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 289212726
	RESERVADO AO FISCO 3A09.F18F.8CF2.4EB2.B05D.4157.71EE.3A5A		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(Wb)	30,98	0,57599874	17,27
Acréscimo Saneidade AMARELA			0,35
Indicação da Unidade Consumidora			7,30
Multa por atraso-RF 051574567 - 18/02/18			3,43
Multa por atraso-RF 050998667 - 11/04/18			0,13
Multa por atraso-RF 051581175 - 25/03/19			3,79
Juros por atraso-RF 050998667 - 18/04/18			0,45
Juros por atraso-RF 051581175 - 25/03/19			6,78
Juros por atraso-RF 051674607 - 18/02/18			18,24
Atualização IGPM-4M 050998667 - 18/04/18			0,01
Atualização IGPM-4M 051581175 - 25/03/19			5,13
Atualização IGPM-4M 051674607 - 18/02/18			15,80
Bônus ITAPU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,35
TOTAL DA FATURA			84,41

TARIFAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(Wb)	0,57599874	JUL 18	38
		AGO 18	3
		SET 18	3
		OUT 18	36
		NOV 18	245
		DEZ 18	171
		JAN 19	427
		FEB 19	130
		MAR 19	30
		ABR 19	34
		MAY 19	30
		JUN 19	30
		JUL 19	38

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
0,00	0,00	17,82	0,23	17,82	3,01
					0,50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TPO DA FASE	ANTERIOR		ATUAL		Δ	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
500000346246249	CAT	18/04/2018	3.718,06	19/07/2019	3.719,38	-01	1,28000	0,33	3,38

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 02/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	DEBAYRTO	VALOR APURADO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITÁRIO
resposta					
For. At. de Serviço com Energia		0,30	0,30	0,90	0,90
Falta de Serviço com Energia		0,00	0,30	0,00	0,00
For. Queda de tensão de interrupção contínua		0,30	0,30	0,90	0,90
Linha Total: 0,90					
Custo total de Serviço de Valor = R\$ 0,90					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você! Leve a sua nota fiscal e o seu cartão de crédito ou dinheiro em espécie.
Na data de fatura e fatura em vigor e a fatura. Mais informações em www.celpe.com.br.
O cliente é responsável quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em espécie para multa 271/04/01(ANEEL), Juros 15/04/01(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Exemplo do ICMS conforme Art. 3, XLVIII, a, 2.1, da RECS-PE.
O Cliente é responsável quando há desconformidade de preço cobrado para os padrões de planejamento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	210	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA CONTRATO 000676751025	MÊS/ANO 07/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 84,41	VENCIMENTO 02/08/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasgar. Este cartão será usado em leitora ótica.
--------------------------------	--------------------	-----------------------------	--------------------------	---

838300000004 844109110005 676751025109 148857771430

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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: 0800-1596 / 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 Ouidoria: 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 SUSEP 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 COAF¹.

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

Pelo exposto, eu ALCIONE GOMES DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.466.664, 58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FABIO JOSÉ DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 665.386.294, 15

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEX da Vítima FABIO JOSÉ DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 665.386.294, 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSA-ME Renda: RECUSA-ME 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>AV. PROF. ALMENDAR NABALHAES</u>	Número:	<u>473</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>VILA POPULAR</u>	Cidade:	<u>OLINDA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:		CEP:	<u>53.230-010</u>	Tel.(DDD):	<u>181 98488-7131</u>

Local e Data: OLINDA, 14 DE OUTUBRO DE 2019

Alcione Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





Nome: 136762-FABIO JOSE DA SILVA
Idade: 51a 5m 8d **Nascimento:** 13/03/1968
Sexo: MASCULINO **Contatos:** / 81-85374280
Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA
Endereço: 1 TRAVESSA BONITO DE SANTA FE, 46 - CASA AMARELA - RECIFE/ PE - CEP: 52070488

Data do Atendimento: 14/12/2018
Prontuário: 00136762
Nº Atendimento: 01246850
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

Conduta:

REDIOGRAFIA + TALA BOTA

MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

Dr. Carlos Gomes
CRM: 22517 - PE





Nome: 136762-FABIO JOSE DA SILVA

Sexo: Contatos: MASCULINO / 81-85374280

Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA

Idade: Nascimento: 51a Sm 8d 13/03/1968

Endereço: 1 TRAVESSA BONITO DE SANTA FE, 46 - CASA AMARELA - RECIFE/ PE - CEP: 52070488

Data do Atendimento: 14/12/2018

Prontuário: 00136762

Nº Atendimento: 01246850

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SEXTA-FEIRA, 14 DE DEZEMBRO DE 2018

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE: HGV

SENHA: 5577041

QP:

PCT COM RELATO DE ESTRALO EM REGIÃO DO CALCANHAR ESQ, APOS ESFORÇO COM MOTO, em: 14/12/18 21:03

EVOLUÇÃO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RUPTURA DO TENDÃO CDE AQUILES, em: 14/12/18 21:03

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

REDIÓGRAFIA + TALA BOTA, em: 14/12/18 21:03

Dr. Eul. Araújo Gomes
Médico
CRM: 12514/PE

MÉDICO: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2018-12-14 19:51:45

Nome Paciente: FABIO JOSE DA SILVA
Cód. Paciente: 136762
Data de Nascimento: 13/03/1968
Sexo: Masculino
Idade: 51
Senha: OR0051
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 1246850
SAME:



Período: 2018-12-14 19:51:45 - 2018-12-14 20:05:58

Prioridade: **URGENCIA**
Cor: **AMARELO**
Queixa Principal: TRAUMA EM MIE APOS QUEDA DE PROPRIA ALTURA
Observação: HAS-
DM-
ALERGIA-
Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO
Discriminador(es): - DOR MODERADA
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 180.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 120.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 35.00 C"

Dr. Eni Araújo Gomes
Médico
CRM: 22517-PE

Acolhido(a) por: DANUTTA BRISSANTT SILVA - COREN: 260641 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 2019-08-21 11:30:30

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Nome:
136762-FABIO JOSE DA SILVA
Sexo:
MASCULINO

Idade: 51a 5m 8d
Nascimento: 13/03/1968

Mãe:
SEVERINA MARIA DA SILVA

Endereço:
1 TRAVESSA BONITO DE SANTA FE, 46 -
CASA AMARELA - RECIFE/ PE - CEP:
52070488

Data do Atendimento: 14/12/2018

Prontuário: 00136762

Nº Atendimento: 01246850

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PCT COM RELATO DE ESTRALO EM REGIÃO DO CALCANHAR ESQ, APOS ESFORÇO COM MOTO

EXAME FÍSICO:

PERDA DE CONTINUIDADE A PALPAÇÃO DO TENDÃO DE AQUILES

DIAGNÓSTICO:

RUPTURA DO TENDÃO CDE AQUILES

Dr. Eraldo Araújo Gomes
Médico
CRM: 22517 - PE





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

FABIO JOSE DA SILVA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S66

Recife, 18/12/2018


Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **FÁBIO JOSÉ DA SILVA**,
prontuário nº 1155984, admitido neste hospital em 15/12/2018 com diagnóstico e
Lesão do tendão de aquiles esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico.
Recebeu alta com melhora clínica em 18/12/2018.

Recife, 25 de Fevereiro de 2019.

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 • Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:619256 Prontuário:1155984 Data de Nascimento:13/03/68 Idade:50
ANO(S)
Nome do Paciente:**FABIO JOSE DA SILVA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:SEVERINA MARIA DA CONCEICAO
CPF: 66538629415

Data: 17/12/2018

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
M665 - RUPTURA ESPONTÂNEA DE TENDÕES NÃO ESPECIFICADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Ruptura do Tendão de Aquiles Esquerdo CÓDIGO:
0408060450

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Tenomiorrafia + Tenomiotomia +
Transposição Miotendinosa + Neurorafia em Calcâneo Esquerdo CÓDIGO:0408060450 /
0408060549 / 0408060468 / 0403020085

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Henrique Barbosa	10531
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Ajalmar Amorim	4360
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

RESUMO DE CASO: Paciente vitima de acidente motociclistico, resultando em Ruptura
do Tendão de Aquiles Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA, CRM: 10531, Data e Hora: 18/12/2018 13:50:33.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:619256 Prontuário:1155984 Data de Nascimento:13/03/68 Idade:50
ANO(S)
Nome do Paciente:**FABIO JOSE DA SILVA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:SEVERINA MARIA DA CONCEICAO
CPF: 66538629415

Data: 17/12/2018

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

**MOTIVO DA ALTA
MELHORADO**

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 18/12/2018 13:50:33.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 619256 Prontuário: 1155984 Data de Nascimento: 13/03/68 Idade: 50 ANO(S)
Nome do Paciente: **FABIO JOSE DA SILVA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEICAO
CPF: 66538629415

Data: 17/12/2018

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 17/12/2018-14:34

Diagnóstico pré-operatório: Lesão do Tendão de Aquiles Esquerdo
Diagnóstico pós-operatório: Lesão do Tendão de Aquiles Esquerdo
Cirurgia: Trat. Cir. de Tenomiiorrafia + Tenomiotomia + Transposição Miotendinosa + Neurorrafia em Calcâneo Esquerdo
Cirurgião: Dr. Henrique Barbosa
Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antissepsia c/ PV PI em membro inferior;
2. Incisão para aquilea medial;
3. Divulsão por planos;
4. Visualização do tendão roto;
5. Realizado desbridamento em membro inferior;
6. Necessidade de transposição tendinosa + neurorrafia;
7. Liberado fibular curto;
8. Realizado tenomiiorrafia + tenomiotomia;
9. Sutura por planos;
10. Curativo oclusivo;
11. Tala em equino;

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 18/12/2018 13:50:42.



Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: FABIO JOSE DA SILVA

Reg.: 619256

Pront.: 1155984

Sexo: Masculino

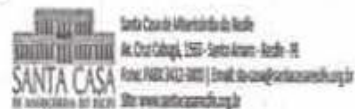
Dt. Nasc.: 13/03/1968

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 50

Admissão: 15/12/2018 21:44

Alta: 18/12/2018 12:41



Admissão:

RUPTURA TENDÃO AQUILES ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	15/12/2018 21:44	18/12/2018 12:41	3 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Dr^o HENRIQUE para 21 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta:

Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

PE

1566704600

FABIO JOSE DA SILVA

RG: 3740612 SSP PE

CPF: 045.386.394-15 **DATA NASCIMENTO: 12/02/1988**

PLANEJO: SEVERINO JOSE DA SILVA

SEVERINA MARIA DA CONCEICAO

PERFIL: 1

PROFISSAO: 1

LOCAL: RECIFE, PE **DATA EMISSAO: 27/04/2022**

1566704600

1566704600

PERNAMBUCO





05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

2 = ADP 7014

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014484700839
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 1065110214 S.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

FABIO JOSE DA SILVA

RECIFE-PE

CPF - CNPJ 665.286.324-15

PLACA PGQ8988

PLACA ANT. LP ***** /PE CHASSI 9C6KQ0480E0104599

ESPÉCIE TIPO PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA/FABER Y8250

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP. POT. / CL 25/249CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

DATA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO

1ª *****

FAIXA LTVIA 1

PARCELAMENTO / DCTAS *****

2ª *****
3ª *****

PREÇO TAXA/USO R\$ 60.11

ICP R\$ 0.92

PREÇO TOTAL R\$ 84.58

DATA DE PAGAMENTO 07/01/19

SEM RESERVA

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

RECIFE

Marcos Corrêa

DATA 24/01/19

Marcelo Bruto da Costa Correia

Secretário Presidente em Exercício DETRAN



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190601705 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO (RUPTURA DE TENDÃO DE AQUILES).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TENOMIORRAFIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 7/9_RESUMO DE ALTA/CIRURGIA

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190601705 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO (RUPTURA DE TENDÃO DE AQUILES).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TENOMIORRAFIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 7/9_RESUMO DE ALTA/CIRURGIA

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FABIO JOSÉ DA SILVA
brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO, profissão: VIGILANTE
portador(a) do RG nº.: 2.740.672, órgão expedidor: 205, inscrito (a)
no CPF sob o nº.: 669.386.294-79, residente na
RUA BONITE DE SANTO
cidade: RECIFE, Estado: PE, CEP: 52070-990
telefone: (81) 9.8488-7131 / _____
email: _____

OUTORGADA: ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, assistente jurídica, inscrita no
CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938: , com endereço profissional na Av. Gov.
Carlos de Lima Cavalcante, nº. 3995, sala nº. 35, Galeria Luzi Center, Casa Caiada, Olinda/PE.
CEP: 53.040-000.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber
correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do
sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes
ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à
SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

Recife, 14 de FEVEREIRO de 2019.



Fabio Jose da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371374/19

Vítima: FABIO JOSE DA SILVA

CPF: 665.386.294-15

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ALCIONE GOMES DA SILVA : 028.466.664-58

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

FABIO JOSE DA SILVA : 665.386.294-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019
Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA
CPF: 028.466.664-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ALCIONE GOMES DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso





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, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190601705

Vítima: FABIO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO JOSE DA SILVA

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 15013655

Pag. 00203/00204 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 07 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190601705**

Vítima: FABIO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO JOSE DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **FABIO JOSE DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000045**

Conta: **000000022114-4**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 665.386.294-15 Nome completo da vítima: FABIO JOSE DA SILVA

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

Nome completo: FABIO JOSE DA SILVA CPF: 665.386.294-15

Profissão: VIGILANTE Endereço: RUA BONITO DE SANTO Número: 46 Complemento: 111

Bairro: ASA AMARELA Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 52.070-490

E-mail: _____ Tel. (DDD) (81) 9.8488-7131

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0045 CONTA: 00022114 4

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

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data: RECIFE, 14 DE FEVEREIRO DE 2019

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): [Assinatura]

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA - DP5ªCIRC
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0095004493**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/09/2019** às **10:59**

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia
14/12/2018 às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA BONITO DE SANTA FE, 1 - Bairro: CASA AMARELA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTRO (AUTOR / AGENTE)
FABIO JOSE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FABIO JOSE DA
SILVA

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

**FABIO JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO
Pai: SEVERINO JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 13/3/1968 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 2740612/SSP/PE (RG). 66538629415 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU
INCOMPLETO Profissão: VIGILANTE Telefones Celulares:
- 81985374280**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE ENVOLVIDO**
Endereço Residencial: **RUA BONITO DE SANTA FE, 46, CASA "A" - CEP: 55000-000 - Bairro: CASA AMARELA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FABIO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a):
FABIO JOSE DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **YAMAHA/FAZER, ANO E MOD. 2014, COR VERMELHA, PLACA PGQ - 8958**

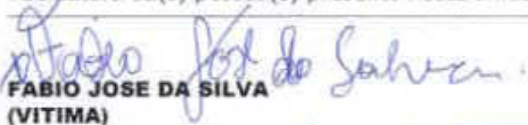
Complemento / Observação

03/10/2019 09:50



A VITIMA VIERA COMUNICAR O SEGUINTE: QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTO QUANDO DE REPENTE DEU UMA PANE, E O MESMO VIERA A CAIR; QUE DESTA QUEDA RESULTOU UM TRAUMA NO PE ESQUERDO; QUE FORA SOCORRIDO POR UM AMIGO PARA UPA DA CAXANGA, CONFORME N° DE ATENDIMENTO: 01245850; QUE DEPOIS FORA LEVADO PARA O HOSPITAL "SANTA CASA DA MISERICORDIA", CONFORME PRONTUARIO: 1155984, ONDE FORA CIRURGIADO.

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


FABIO JOSE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **ANTONIO CARLOS DUTRA DA SILVA** - Matrícula: **3847268**
MA: 319.845-9



03/10/2019 09:50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 665.386.294-15 Nome completo da vítima: FABIO JOSE DA SILVA

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

Nome completo: FABIO JOSE DA SILVA CPF: 665.386.294-15

Profissão: VIGILANTE Endereço: RUA BONITO DE SANTO Número: 46 Complemento: 111

Bairro: IMBA AMARCA Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 52.070-490

E-mail: _____ Tel. (DDD) (81) 9.8488-7131

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0045 CONTA: 00022114 4

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

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 **(assinale 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? _____ pais/avós vivos? _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data: RECIFE, 14 de FEVEREIRO de 2019

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): [Assinatura]

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018

