



Número: **0072719-79.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **17/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
COSME ALEXANDRE DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59990396	30/03/2020 14:20	2708105_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CARUARU/PE

Processo: 00727197920198172001

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

ARUANA SEGUROS S/A, empresa seguradora com sede à Rua Visconde de Piraja, 547 - Sala 802 - Ipanema - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22410-003, inscrita no CNPJ sob o número ASXDCV e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **COSME ALEXANDRE 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 **10/10/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 30/08/2019.

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

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

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



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 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 30/08/2019 após 10 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 10/10/2018, 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!

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;



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.

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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 irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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)



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

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

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

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

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

Ante o exposto, deve o feito 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 **10/10/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

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.

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 HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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.”



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

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

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

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

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

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

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

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.

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.



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

CONCLUSÃO

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

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar 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 Súmula 474 do STJ.**

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CARUARU, 20 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



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/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **ARUANA SEGUROS S/A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **COSME ALEXANDRE DA SILVA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **CARUARU**, nos autos do Processo nº 00727197920198172001.

Rio de Janeiro, 20 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





30/03/2020

Número: **0072719-79.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **17/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

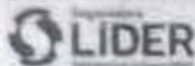
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
COSME ALEXANDRE DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59990397	30/03/2020 14:20	ANEXO 1	Outros (Documento)



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Faça esta declaração eletronicamente, acesse o site www.sagev.com.br ou envie um e-mail para sagev@laser.com.br

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prazos, de segunda a sexta-feira, das 08h às 18h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-12345 / Outras regiões: 0800-012 3456

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022 81.80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022 81.80 | Central (custo zero): 0800-012 34.56

Eu, JOSE RAIMUNDO DA SILVA
RG nº 7231268, data de expedição 1/1
Órgão SSP AL, portador do CPF nº 014.085.614-50
com domicílio na cidade de TORITAMA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA EMÍLIO JORDÃO DAS NEVES, nº 59
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ROSME ALEXANDRE DA SILVA, cujo o condutor era
JOSE RAIMUNDO DA SILVA
Veículo: MOTO Modelo: HONDA/CG150 FANESD Ano: 2014
Placa: DYN0792 Chassi: 9C2KCL680ER999903
Data do Acidente: 30/10/2019

Local e Data

TORITAMA 30/08/2019



JOSE RAIMUNDO DA SILVA

Assinatura do Declarante



JOSE RAIMUNDO DA SILVA

Assinatura do Condutor

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

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

PROCESSO DE NOTARIZADO E PROTESTO DE TORITAMA
Rua João Manoel de Sá, 11 - Centro - Toritama - PE
CNPJ: 08.000.000/0001-00

Recebe-se Por Autoridade a firma de
JOSE RAIMUNDO DA SILVA TORITAMA PE
Em Testemunha de: da cidade. Escrevente
ALYSSA NAYARA NEDEROS SURGEK
Escr. 3.51 TUNA RBE PERC 0.40 Total R\$4.91
Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br
Rev. 01/2017 AL708201803.007012

ALYSSA N. M. Surgek
ESCREVENTE AUTOMATIZADO

PROCESSO DE NOTARIZADO E PROTESTO DE TORITAMA
Rua João Manoel de Sá, 11 - Centro - Toritama - PE
CNPJ: 08.000.000/0001-00

Recebe-se Por Autoridade a firma de
JOSE RAIMUNDO DA SILVA TORITAMA PE
Em Testemunha de: da cidade. Escrevente
OLEYSON ALEXS MOTA DE ARAUJO
Escr. 3.51 TUNA RBE PERC 0.40 Total R\$4.91
Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br
Rev. 01/2017 AL708201803.007012

Scanned by CamScanner





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

FICHA DE
ENCAMINHAMENTO

2ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE *Correio Alexandre da Silva*

REGISTRO Nº:

IDADE *38*

RESIDENTE *Vila Lencina - Coruripe*

PARA O HOSPITAL *HRA - Tratamento Ortopédico*

SENHA: *5531468*

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE

*Viagem de acidente de trânsito, queda de
moto, com histórico de cirurgia ortopédica
anterior em fêmur direito, referindo dor
em fêmur D associada a edema.*

*Radiografia mostra fratura de fêmur
direito distal com desloc.*

*OBS: Paciente relata já fazer tratamento orto-
pédico na cidade de Maceió, preferindo
ser encaminhado para o Sertão,
mesmo com Sertão p/ HRA.*

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL:

TORITAMA

DATA *10/10/18*

ASSINATURA DO MÉDICO:

[Assinatura]
Dra. Cláudia Cruz Bastos
Cirurgia Geral
CREMEPE 19878

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

Av. João Manoel da Silva - Centro - Toritama - Pernambuco •
Telefone: 3741- 1192 • E-mail - admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama

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

Scanned by CamScanner





3 - Evolução / Exames

[illegible]

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

☐ Paciente ☐ Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Date: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

☒ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evadiu-se ☐ Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento

Condição de Alta

() Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM _____

10/10/2018 3:29:53 PM
2 de 2

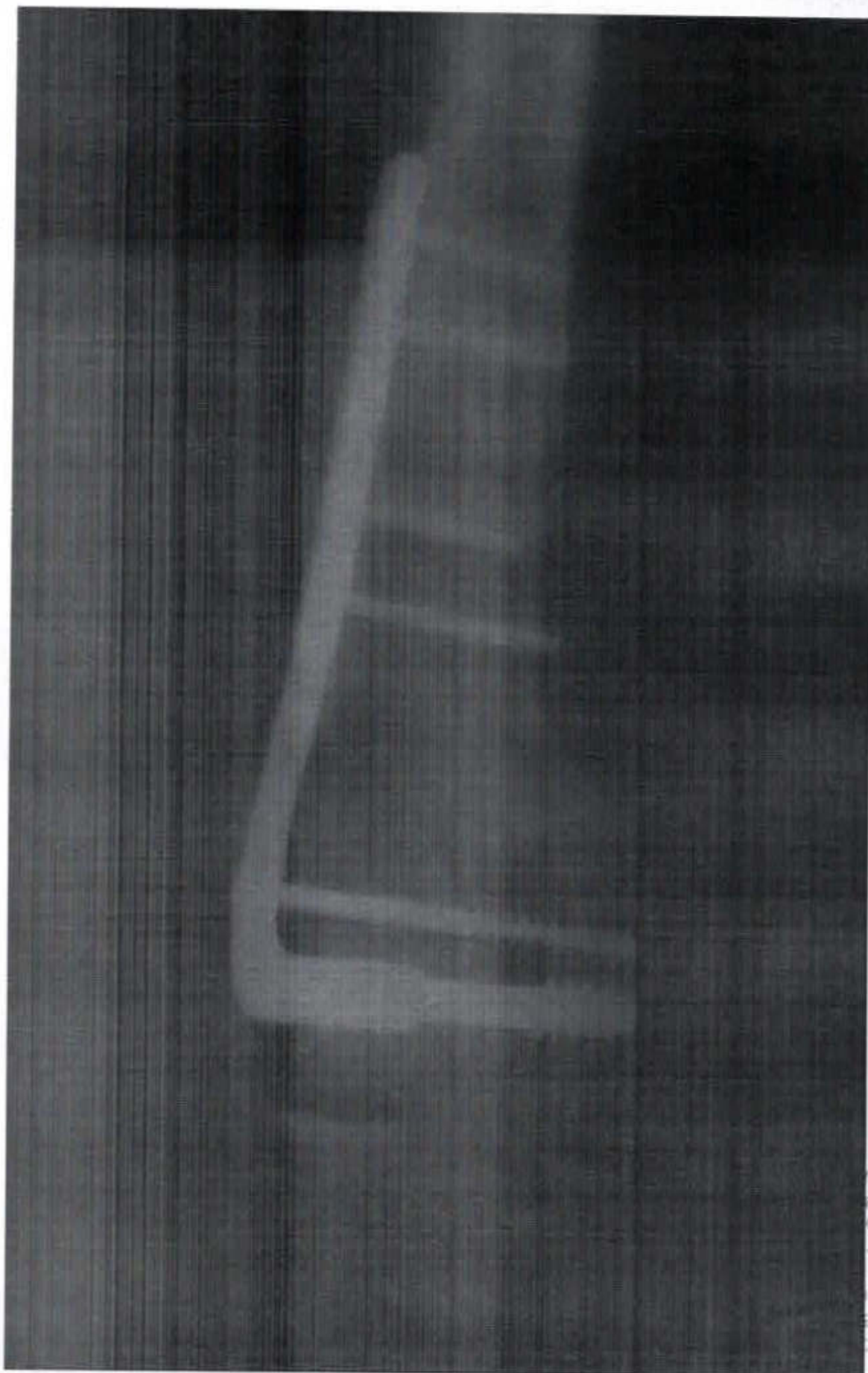
Usuário de Atendimento
 MARIAISC
 05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

Rua da Aurora, 101 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner





0001-41
RETORA
OS LTDA
7 2019
175, SL 902 BL
EP- 50.060-010
EFE-PE

Scanned by CamScanner



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	30/30/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	10/10/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:			
Carmo Alexandre da Silva			
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:			
Fratura do fêmur Direito.			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAR):			
Tratamento: Cirurgia de fratura de fêmur Direito. Alta 23/30/18			
ALTA MÉDICA:	☒ SIM	☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFÉITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:			
☐ SIM ☒ NÃO			
DESE RELATAR A INTERFERÊNCIA POR SE UNIFORMIZAR QUE:			
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL (RESPONSIVIDADE) (de 0 a 100% e segmentos ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Membro Superior Direito, com sinais de lesão, apresentando rigidez articular, dor e limitação de movimento.
2º Membro Superior Esquerdo, com sinais de lesão, apresentando rigidez articular, dor e limitação de movimento.
3º Membro Inferior Direito, com sinais de lesão, apresentando rigidez articular, dor e limitação de movimento.
4º Membro Inferior Esquerdo, com sinais de lesão, apresentando rigidez articular, dor e limitação de movimento.

ASSINO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE	30/30/18
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	

Assinatura do Médico: *Vitor Crispin*
 05.802.496/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 ASSESSORIA DE SEGUROS LTDA

12 SET 2018

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



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 30/10/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 10/11/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Cosme Alexandre da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura do pâncreo Direito.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): Tratamento Cirúrgico de fratura de pâncreo Direito. Ato 23/10/18	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER: ☐ SIM ☒ NÃO	
AVALIAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL) QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DO TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL (RESPONSIVIDADE DO PACIENTE E SEQUÊNCIA DO ÓRGÃO Atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Cíntula, tipo de cirurgia, com sinais
2º fléssibil, apresenta rigidez articular
3º consolidação, perda de extensão e flexão
4º do membro, perda de função interna e externa
5º em uso de órtese para o membro

APRISO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 30 DIAS ANTES DA DATA DA AVALIAÇÃO, E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	Assinatura do Médico: <i>[Assinatura]</i>
Assinatura do Médico: <i>[Assinatura]</i>	3318119-802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	

19 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

REC-PE-DE

Assinatura e Rubrica do Médico: *[Assinatura]*
RUBRICA: 05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC-PE-DE





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

FICHA DE
ENCAMINHAMENTO

2ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE *Correio Alexandre dos Santos*

REGISTRO Nº:

IDADE: *38*

RESIDENTE: *Vila Leão - Conquista*

PARA O HOSPITAL *HRA - Tratamento Ortopédico*

SENHA: *5531468*

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE

*Vitória de acidente de trânsito, queda de
nódo, com histórico de cirurgia ortopédica
anterior em fêmur direito, referindo dor
em fêmur D associada a edema.*

*Radiografia mostra fratura de fêmur
direito distal com desvio.*

*OBS: Paciente relata já fazer tratamento orto-
pédico na cidade de Manaus, pedindo
seu encaminhado* para tal serviço,
neste com setor p/ HRA.*

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL

TORITAMA

DATA *10/10/18*

ASSINATURA DO MÉDICO:

Dr. Cláudio Cruz Santos
Cirurgião Geral
CREMEPE 19879

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI

19 SET 2019

NOME DA MÃE

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

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

Av. João Manoel da Silva - Centro - Toritama - Pernambuco
Telefone: 3741- 1192 - E-mail - admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama

Scanned by CamScanner



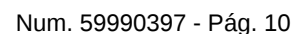
[illegible]

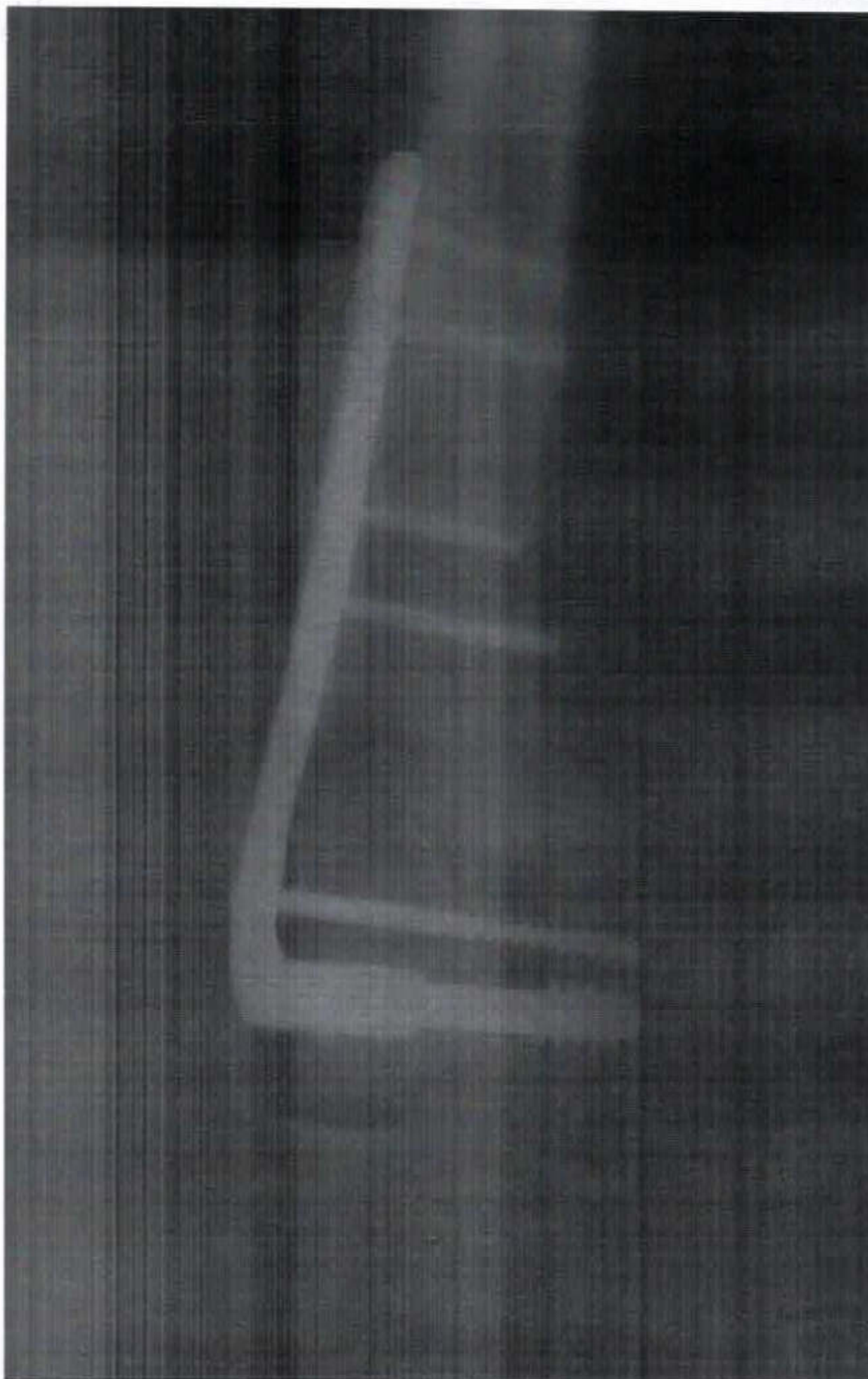
Assinatura

Assinatura

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico:  CRM

Scanned by CamScanner





34/0001-4
CORRETORA
SURTOS LTDA
9 SET 2019
ora. Nº 175, SL 90
sta - CEP 50.060-010
OFF-PE

0001-41
CORRETORA
SURTOS LTDA
T 2019
175, SL 902 BL
EP-50.060-010
OFF-PE

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

81000-0



POLEGAR DIREITO



05.802.494/0001-43
TRACAO CORRIGIDA
DE SEGUROS

12

Rua da Aurora, nº 175 - Jd. Bela Vista
Boa Vista - CEP: 13.200-000

Assinatura do Titular
Cosme e Damião da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 37.746.165-9 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/MAR/2002

NOME COSME ALEXANDRE DA SILVA

FILIAÇÃO GENILSON JOSE DA SILVA
E LUZINETE FELIX FERREIRA

NATURALIDADE PALMARES - PE DATA DE NASCIMENTO 04/JUN/1980

DOC ORIGEM PALMARES - PE
PALMARES
CN: L. 802 IV FLS. 0289/N. 023891

CAPL
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

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

Scanned by CamScanner





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

328.408.408-80

Nome

COSME ALEXANDRE DA SILVA

Nascimento

04/06/1980



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

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

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014357177711

GERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	994887050	*****	2019

NOME
JOSE RAIMUNDO DA SILVA

CARUARU-PE

CPF/CNPJ
014.085.614-50

PLACA
OYN0792

PLACA ANT/UF

CHASSI
9C2K01680ER499903

ESPECÍFICO
PAS MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/CG150 FAN E3DI

ANO FAB
2014

ANO MOD
2014

CAP/POT/CIL
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO

VENC COTA ÚNICA
1ª *****

FAIXA IPVA
1

PARCELAMENTO/COTAS

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
80.11

IOF (R\$)
0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)
80.43

DATA DE PAGAMENTO
02/01/19

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

05.802.497/0001-43
TRABALHO COMUNITÁRIO
DESEMPENHADO

CARUARU-PE

25/04/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

Scanned by CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528425 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSME ALEXANDRE DA SILVA **Data do acidente:** 10/10/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. ALTA.
P 1/2

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528425 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSME ALEXANDRE DA SILVA **Data do acidente:** 10/10/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. ALTA.
P 1/2

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 1

X - SOLICITADO DOCUMENTO MÉDICO, NÃO FOI ACOSTADO.

P 2 - O BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO MENCIONA HISTÓRICO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA ANTERIOR EM FÊMUR DIREITO.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315987/19

Número do Sinistro: 3190528425

Vítima: COSME ALEXANDRE DA SILVA

CPF: 328.408.408-80

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 10/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: COSME ALEXANDRE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 19/09/2019
Nome: COSME ALEXANDRE DA SILVA
CPF: 328.408.408-80

COSME ALEXANDRE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315987/19

Vítima: COSME ALEXANDRE DA SILVA

CPF: 328.408.408-80

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 10/10/2018

Titular do CPF: COSME ALEXANDRE DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

COSME ALEXANDRE DA SILVA : 328.408.408-80

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: 12/09/2019
Nome: COSME ALEXANDRE DA SILVA
CPF: 328.408.408-80

COSME ALEXANDRE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn 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, 06 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528425

Vítima: COSME ALEXANDRE DA SILVA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), COSME ALEXANDRE DA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

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

Recebedor: **COSME ALEXANDRE DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000916**

Conta: **000001090-3**

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





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, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528425

Vítima: COSME ALEXANDRE DA SILVA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), COSME ALEXANDRE 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 14895484

Pag. 00041/00042 - carta_01 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 328.408.408-80 4 - Nome completo da vítima: JOSME ALEXANDRE M SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 845/2013

5 - Nome completo: JOSME ALEXANDRE M SILVA 6 - CPF: 328.408.408-80
7 - Profissão: NENHA 8 - Endereço: RUA CANAÃ 9 - Número: 77 10 - Complemento:
11 - Bairro: SOBRINHO APOJO 12 - Cidade: CANVOM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55000-000
15 - E-mail: NENHA 16 - Telefone: (81) 99304-6299

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.000,00 A R\$3.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$3.000,00 A R\$4.000,00 ☐ ACIMA DE R\$4.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Somente os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0916 CONTA: 10903 AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/responsabilidade do Seguro DPVAT a que eu estiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somada após a efetuação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me automenor a avaliação médica de todos os Segurados LIDER para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa minha concordância com o futuro avaliação médica ou residência ou direito de contestação, caso ocorrer o seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Cita da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/viúvo vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se enquadrarem e preencherem 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 - Assinatura da Seguradora LIDER: 35 - Nome legível de quem assina a requisição pedida: 36 - CPF legível de quem assina a requisição pedida: 37 - (1ª) Assinatura de quem assina a requisição pedida: 38 - (2ª) Nome: 39 - (2ª) CPF: 40 - Assinatura da Seguradora LIDER: 41 - Assinatura do Vítima/Beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

80 - Local e Data: CANVOM (PE) 12/09/2019

41 - Assinatura do Vítima/Beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FP-003, 0002/2019

Scanned by CamScanner





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

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

Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA - DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **19E0219001366**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/08/2019** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **10/10/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RUA QUATRO DE OUTUBRO, 1, PROXIMO A POLICLINICA - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
JOSE RAIMUNDO DA SILVA (TESTEMUNHA)
COSME ALEXANDRE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

COSME ALEXANDRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUZINETE FELIX DA SILVA Pó
COSME JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 4/6/1980 Naturalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **VILA CANAA, 74, RUA PROJETADA, PRÓXIMO AO DEPOSITO DE GAS DE ALISSON - CEP: 0 -**
Bairro: **VILA CANAA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE RAIMUNDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: AMARA SEVERINA DA SILVA Pó
RAIMUNDO PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 25/8/1983 Naturalidade: VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA EMÍDIO JORDÃO DAS NEVES, 59 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO -**
TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE RAIMUNDO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a)
JOSE RAIMUNDO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ESD Objeto apreendido: Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **OYN0792 (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO** Renavam: **994687060** Chassi: **9C2KC1680ER499903**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO-GASOL**
Descrição: **CG 150 FAN ESDI**

Complemento / Observação

05.002.2019/1707
12
[Assinatura]



A VITIMA INFORMA QUE NO DIA 10 DE OUTUBRO DE 2018 PEGOU UM MOTOTAXI E O CONDUTOR DA MOTOCICLETA DOBROU NA RUA QUATRO DE OUTUBRO E O PASSAGEIRO, COSME, ACABOU BATENDO A PERNA NUMA PEDRA QUE HAVIA NO MEIO DO CAMINHO. A VITIMA FOI SOCORRIDA NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FATIMA E FOI TRANSFERIDO PRA O HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU LOCAL EM QUE FORAM REALIZADOS OS PROCEDIMENTOS CABIVEIS E A VITIMA AINDA PASSARA POR UMA CIRURGIA PARA NORMALIZAR A PERNA QUE FOI ATINGIDA.

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

Cosme Alexandre da Silva

COSME ALEXANDRE DA SILVA
(VITIMA)

JOSE RAIMUNDO DA SILVA

JOSE RAIMUNDO DA SILVA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: *CAMILA EMERENCIANO MATTOS* - Matrícula: 387504-0



05.802.494/0001-41
TRACAO CONCRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

Rua da Alameda, 119-175, SL 902 BL C
Bom Vista - CEP: 56.060-010
RECIFE-PE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMN (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº da inscrição no ASL

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

328.408.408-80

COSME ALEXANDRE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CONSULTAR RUISEP Nº 441/2013

5 - Nome completo:

COSME ALEXANDRE DA SILVA

6 - CPF

328.408.408-80

7 - Profissão:

Nôva

8 - Endereço:

RUA CANAÃ

9 - Número:

77

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SEVERINO AFOUÇO

12 - Cidade:

CANVOM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.000-000

15 - E-mail:

Nôva

16 - Telefone:

(81) 304-6299

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Análise sobre crédito)☐ CONTA CORRENTE (Somente no Internet)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0916

CONTA:

1090

3

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que não impossibilito 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 à região do acidente ou da minha residência; ou☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☒ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima, 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 qualificação 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 contestar, caso discordo do meu diagnóstico.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Civil)☐ Viúva☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou dependentes(a):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou computador(a), informe o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tenha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou residência(s) separada(s)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tenha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pensão vitalícia?

☐ Sim☐ Não

Sócio cliente de que a Seguradora LIDER pagou, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer oposição ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

37 - 1ª Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

05.802.914/0001

Assinatura da Seguradora

39 - 2ª Nome:

CPF:

12

Assinatura do Beneficiário

40 - Local e Data: CANVOM (PE), 12/09/2019.

COSME ALEXANDRE DA SILVA

Assinatura do Vítima/Beneficiário (declarante)

Boa Vista - PE

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS/001-V003/2019

Scanned by CamScanner





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

FICHA DE
ENCAMINHAMENTO

2ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE *Correio Alexandre da Silva*

REGISTRO Nº:

IDADE: *38*

RESIDENTE: *Vila Lencina - Caruaru*

PARA O HOSPITAL *HRA - Tratamento Ortopédico*

SENHA: *5531468*

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE

*Vitória de acidente de trânsito, queda de
neste, com histórico de cirurgia ortopédica
anterior em fêmur direito, referindo dor
em fêmur D associada a edema.*

*Radiografia mostra fratura de fêmur
direito distal com desvio.*

*OBS: Paciente relata já fazer tratamento orto-
pédico na cidade de Recife, referindo
ser encaminhado* para tal serviço,
massem com suporte p/ HRA.*

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL

DATA *10/10/18*

TORITAMA

ASSINATURA DO MÉDICO:

[Assinatura]
Dra. Cláudia Cruz Saldanha
Cirurgia Geral
CREMEPE 19875

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2018

Av. João Manoel da Silva - Centro - Toritama - Pernambuco •
Telefone: 3741- 1192 • E-mail - admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 55.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

FICHA DE
ENCAMINHAMENTO

2ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE *Correio Alexandre da Silva*

REGISTRO Nº:

IDADE: *38*

RESIDENTE: *Vila Lencina - Caruaru*

PARA O HOSPITAL *HRA - Tratamento Ortopédico*

SENHA: *5531468*

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE

*Vitória de acidente de trânsito, queda de
novo, com histórico de cirurgia ortopédica
anterior em fêmur direito, referindo dor
em fêmur D associada a edema.*

*Radiografia mostra fratura de fêmur
direito distal com desvio.*

*OBS: Paciente relata já fazer tratamento orto-
pédico na cidade de Recife, referindo
ser encaminhado para tal serviço,
mas não com sucesso no HRA.*

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL

DATA *10/10/18*

TORITAMA

ASSINATURA DO MÉDICO:

[Assinatura]
Dra. Cláudia Cruz Saldanha
Ortopedista Geral
CRM/PE 19875

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2018

Av. João Manoel da Silva - Centro - Toritama - Pernambuco •
Telefone: 3741- 1192 • E-mail - admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 55.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner



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: 01/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: COSME ALEXANDRE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00916

CONTA: 000000001090-3

Nr. da Autenticação BDC13CB8D8718825



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROSMEILE ANDRE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SEVERINO AFONSO/CARUARU
CARUARU PE
55000-000

CPF: 328.408.408-80

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO

7025692947

MÊS/ANO

07/2019

DATA DE VENCIMENTO

15/07/2019

DATA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

07/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

103,18

Nº DA NOTA FISCAL

066670824

SÉRIE

UNICA

EMIÇÃO

08/07/2019

APRESENTAÇÃO

08/07/2019

Nº DO CLIENTE

2071621224

Nº DA INSTALAÇÃO

0440741

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	123.0000000	0.78083095	96,01
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,48
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,17
ICMS Subvenção-CDE-ME 060897364-08/05/19			0,74
Bônus ITAIPU, art 21 da Lei 10.438/2002			-1,22

05/80-003/2019-0

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

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

Scanned by CamScanner

