



Número: **0000290-97.2020.8.17.3030**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Palmares**

Última distribuição : **20/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                                               |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EVA DE LIMA GOMES (AUTOR)                                 | BRUNO VIEIRA FERNANDES PINHEIRO (ADVOGADO)<br>GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA<br>CAVALCANTI (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO<br>DPVAT SA (RÉU) |                                                                                                             |

| Documentos   |                    |                                        |                |
|--------------|--------------------|----------------------------------------|----------------|
| Id.          | Data da Assinatura | Documento                              | Tipo           |
| 60321<br>917 | 06/04/2020 13:11   | <a href="#">2709429_CONTESTACAO_01</a> | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE PALMARES/PE

Processo: 00002909720208173030

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

**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 **EVA DE LIMA GOMES**, 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 **18/05/2017**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 01/06/2018.**

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

Cumpre ressaltar a ausência de nexo causal entre o acidente e as lesões acometidas à autora tendo em vista que em momento algum ela comprova que o atendimento médico teria decorrido do sinistro alegado, sem também

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



apresentar comprovação de qualquer acompanhamento ou tratamento médico capaz de atestar a invalidez aduzida.

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.

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

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO**

Inicialmente cumpre informar que mediante análise dos autos verifica-se que o não há nos autos procuração ou substabelecimento atualizado outorgando poderes para advogado que assinou eletronicamente a petição inicial.

Vejamos o entendimento do STJ:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. AUSÊNCIA DE INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO OU SUBSTABELECIMENTO DA ADVOGADA SUBSCRITORA DO RECURSO. RECURSO ASSINADO ELETRONICAMENTE. IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 115/STJ.

1. "A prática eletrônica de ato judicial, na forma da Lei n. 11.419/2006, reclama que o titular do certificado digital utilizado possua procuração nos autos, sendo irrelevante que na petição esteja ou não grafado o seu nome" (AgRg no REsp1.347.278/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, CORTE ESPECIAL, julgado em 19/6/2013, DJe 1º/8/2013.).

2. Nos termos da jurisprudência do STJ, a identificação de quem peticiona nos autos é a proveniente do certificado digital, independentemente da assinatura que aparece na visualização do arquivo eletrônico.

3. "A juntada posterior do instrumento de procuração ou substabelecimento não tem o condão de sanar o vício contido no recurso manejado, ante a inaplicabilidade dos arts. 13 e 37 do CPC no âmbito dos recursos excepcionais. Precedentes da Corte Especial e da 1ª Seção do STJ" (AgRg no REsp 1.450.269/RJ, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 25/11/2014, DJe 2/12/2014.).

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



Neste sentido é importante consignar que referido documento é de suma importância a esses autos, eis que, para que a representação da parte seja válida é necessária à outorga de mandato.

Diante do exposto, em face da irregularidade na representação processual da parte autora requer intimação da mesma para sanar o vício ora anunciado, sob pena de indeferimento da petição inicial.

### **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 01/06/2018 após 01 ANO E 01 MÊS 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 18/05/2017, 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.

**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, CPC<sup>1</sup>.

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

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

#### **DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE**

#### **AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS**

A Lei que regula a indenização pleiteado pelo Autor é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

O autor apresentou sua tese de maneira simplista, pois segundo ela, bastaria informar ao juízo que a fora acometida de acidente automobilístico e sofre com dores em decorrência do sinistro.

**Em contrapartida, verifica-se na presente demanda que não há qualquer documento corroborando a suposta invalidez permanente, o autor não demonstra qualquer tratamento médico ou qualquer acompanhamento, fisioterapia o qual atestasse que o membro não exerceria a função da mesma forma natural.**

Desta forma, sempre que um problema jurídico vai ter na indagação ou na pesquisa da causa, desponta a sua complexidade maior.

Mesmo que haja culpa e dano, não existe obrigação de reparar, se entre ambos não se estabelecer a relação causal.

Portanto, como não há nexo causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, I, da Lei Processual Civil.

#### **DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

#### **DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

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



Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

#### **DA AUSÊNCIA DE COBERTURA**

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

#### **DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.



A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral<sup>2</sup>.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima<sup>3</sup>.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, 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.

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

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>4</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>5</sup>

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

<sup>2</sup> RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO 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.

<sup>3</sup> **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

<sup>4</sup> “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>5</sup> **art. 1º . (...)**

**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da 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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme 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

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,

PALMARES, 23 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](http://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/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 **EVA DE LIMA GOMES**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **PALMARES**, nos autos do Processo nº 00002909720208173030.

Rio de Janeiro, 23 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Número: **0000290-97.2020.8.17.3030**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Palmares**

Última distribuição : **20/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                                               |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EVA DE LIMA GOMES (AUTOR)                                 | BRUNO VIEIRA FERNANDES PINHEIRO (ADVOGADO)<br>GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA<br>CAVALCANTI (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO<br>DPVAT SA (RÉU) |                                                                                                             |

| Documentos   |                    |                         |                    |
|--------------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| Id.          | Data da Assinatura | Documento               | Tipo               |
| 60321<br>918 | 06/04/2020 13:11   | <a href="#">ANEXO 1</a> | Outros (Documento) |

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 1589615  
Nome: Ezequiel Gomes  
Foi atendido às 08:00 h do dia 17 / 09 / 12  
Diagnóstico Provável TCE / Contusão Cerebral  
data da alta 24 / 09 / 12

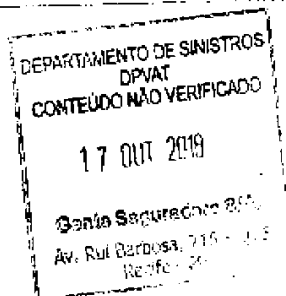
Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:  
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)  
VÔMITOS  
PARALISIAS (que aparecem após a alta)  
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)  
CONVULSÃO  
OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja  
Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL) 600h

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Do Amb. de Neuro Cir. em 15 dias  
Regresso 30 dias

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Evandro Lima

Registro:

Clinica:

COM

Box/Leito/Enfermaria:

Laudo médico

A paciente foi vítima  
de acidente de moto.  
em maio 2017.

Foi diagnosticado  
TCE e fratura da clavícula  
direita, que foi tratada  
de forma conservadora.

Receber Alta  
em 5/20

Data: 30/1/18

Dr. Tiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 11500

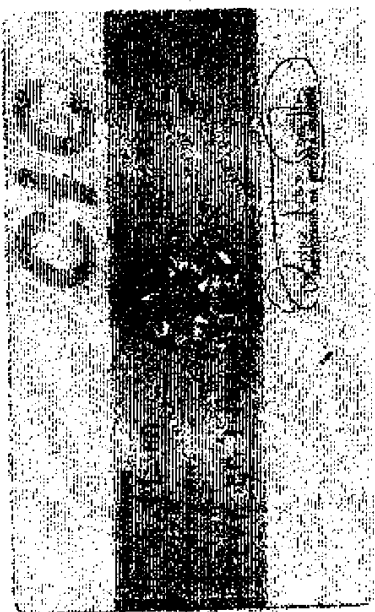
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2018

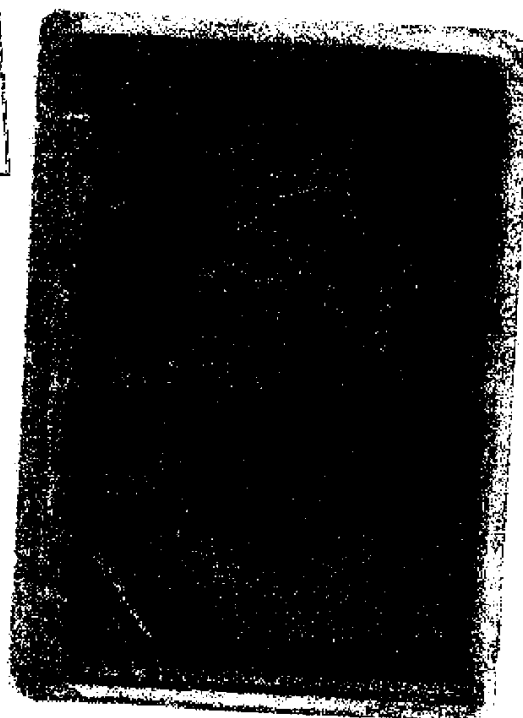
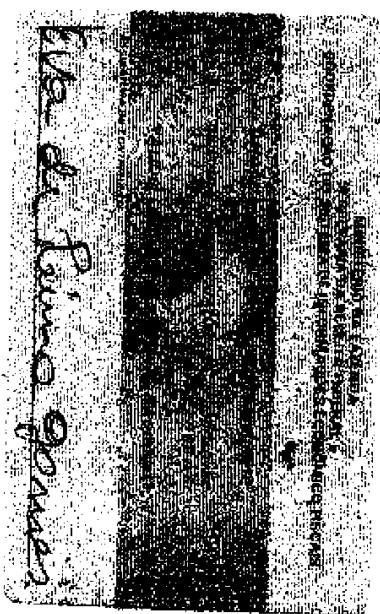
Corre Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

COD. 0340

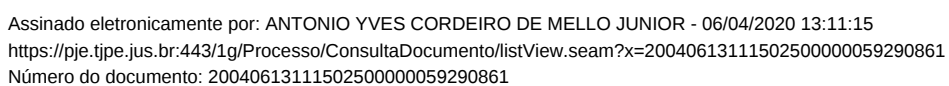




DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
17 OUT 2018  
Genio Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DMAT  
CONTEÚDO VERIFICADO  
11 JUN 2008  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



# QUALIFICAÇÃO CIVIL

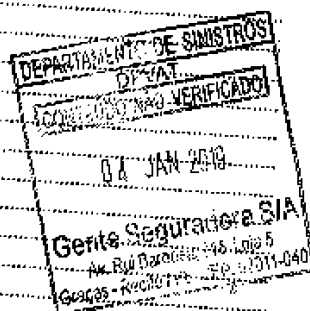
Nome Eva de Maria Gomes  
 Loc. Nasc. Patende Est. PE Data 08.11.1960  
 Emissão: 08.11.2019  
 Nome Josefa Eliane Carvalho  
 Doc. N° 396.200.704 SSP/PE

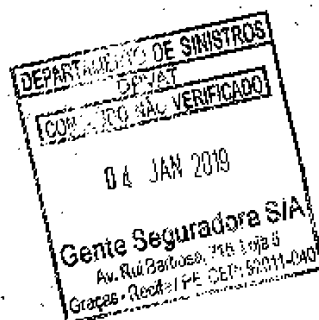
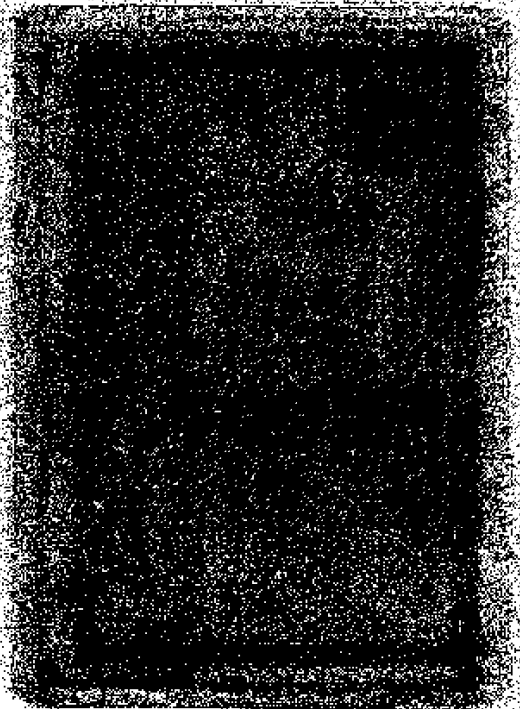
## ESTRANGEIROS

Chegada no Brasil em 30.03.2011 Doc. Ident. N° 396.200.704  
 Exp. em 30.03.2011 Estado PE  
 Obs. Josefa Eliane Carvalho  
 Data Fimissão 30.03.2011 SSP/PE  
Assistência do Fomento

## ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação a nome, est. civil e data nasc.)

Nome Josefa Eliane Carvalho  
 Doc. 396.200.704  
 Nome Josefa Eliane Carvalho  
 Doc. 396.200.704  
 Nome Josefa Eliane Carvalho  
 Doc. 396.200.704  
 Est. Civil Desconhecida  
 Doc. 396.200.704  
 Nascimento 08.11.1960  
 Doc. 396.200.704





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADANIA**

013176876814  
LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA

1 101998222 \*\*\*\*\* 2017

LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA

CARUARU-PE

022.923.004-57 CYN6739

\*\*\*\*\* 902KXU1680ER556865

PAS MOTOCICLETA ALCO/GASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI 2014 2014

29/149CL PARTIC VERMELHA

19VA 2017 QUITADO \*\*\*\*\*

41 \*\*\*\*\*

SEGURO PAGO

SEN RESERVA

Charles Andrews Sousa

28/04/17

CARUARU-PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2016

Com's Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

013176876814  
LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA

1 069.823.004-57 CYN6739

CARUARU-PE

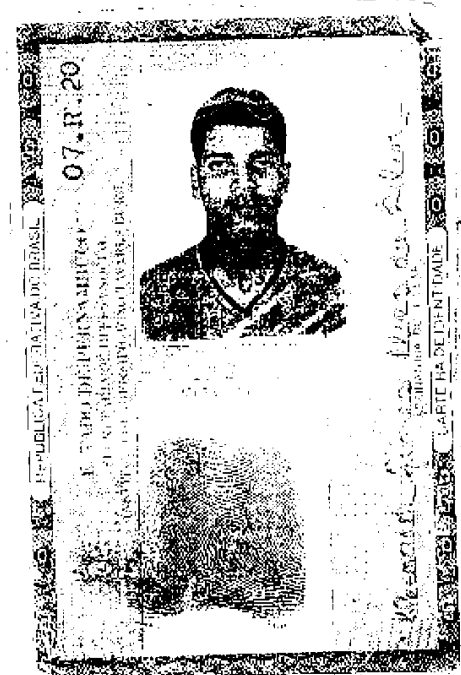
2017 28/04/17

101998222 HONDA/CG150 FAN ESDI

2014 09 902KXU1680ER556865

902-7936

DESTAQUE E GUARDE O RILHETE OPVAT.  
O RILHETE NÃO É DE PORTE ORIGINÁRIO



Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

**Número**  
**068.833.004-57**

**Nome**  
**LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA**

**Nascimento**  
23/04/1984

CÓDIGO DE CONTROLE  
1370.4687.E53F.EDFA



Emittido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 08:51:39 do dia 03/07/2018 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

**VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO**

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 13:11:15  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040613111502500000059290861>  
 Número do documento: 20040613111502500000059290861

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180488714

Cidade: Catende

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EVA DE LIMA GOMES

Data do acidente: 18/05/2017

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

#### Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das  
sequelas:

Documentos  
complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
|                                |                                                 | Total                                                         | 0 %       | R\$ 0,00                 |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180488714

Cidade: Catende

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EVA DE LIMA GOMES

Data do acidente: 18/05/2017

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

#### Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das  
sequelas:

Documentos  
complementares:

Observações: SINISTRO OCORRIDO EM 18/05/2017.  
EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES  
QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
|                                |                                                 | Total                                                         | 0 %       | R\$ 0,00                 |



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### BENEFICIÁRIO/VITIMA:

Nome: EVA DE LIMA GOMES

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão: DO LAR

Identidade: 3.003.774 SSP-PE CPF: 325.150.304-91

Endereço: RUA FRANCISCO PERREIRA, 21-A, PAVÃO, CATENDÉ-PE

### PROCURADOR:

Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: PROFESSOR

Identidade: 3.748.956 CPF: 019.739.214-80

Endereço: AV. CEL. AUSTRICLINIO, N° 797, CENTRO, PALMARES - PE

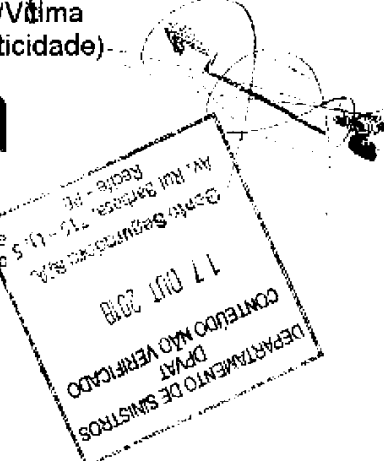
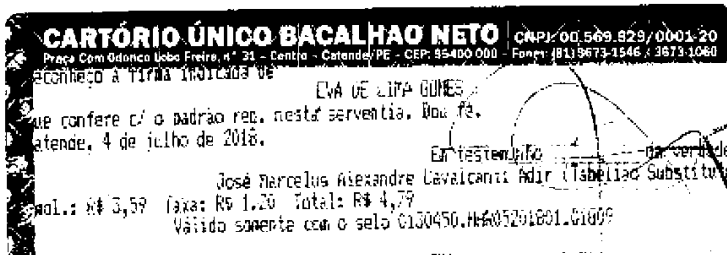
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincorés e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

Catende 4/04/2018

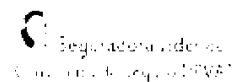
Local e data

Eva de Lima Gomes

Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(reconhecer firma por autenticidade)



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378601/18

**Vítima:** EVA DE LIMA GOMES

**CPF:** 325.150.304-91

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 18/05/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EVA DE LIMA GOMES

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### ERICK MOURA DOS SANTOS : 019.739.214-80

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

#### EVA DE LIMA GOMES : 325.150.304-91

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](http://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: 17/10/2018  
Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS  
CPF: 019.739.214-80

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

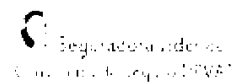
Data do cadastramento: 17/10/2018  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

ERICK MOURA DOS SANTOS

Marta Marinho dos Santos



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378601/18

Número do Sinistro: 3180488714

Vítima: EVA DE LIMA GOMES

CPF: 325.150.304-91

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVA DE LIMA GOMES

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Documentos de identificação

### 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](http://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: 04/01/2019  
Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS  
CPF: 019.739.214-80

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/01/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ERICK MOURA DOS SANTOS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **EVA DE LIMA GOMES**

Nº Sinistro: **3180488714**  
Vitima: **EVA DE LIMA GOMES**  
Data do Acidente: **18/05/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ERICK MOURA DOS SANTOS**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180488714**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13488466

Pag. 00021/00022 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020011



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: EVA DE LIMA GOMES  
Nº Sinistro: 3180488714  
Vítima: EVA DE LIMA GOMES  
Data do Acidente: 18/05/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180488714**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag: 00667/00668 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050334



Carta nº 13489883





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

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180488714

Vítima: EVA DE LIMA GOMES

Data do Acidente: 18/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00055/00056 - carta\_02 - INVALIDEZ

00040028



Carta nº 13790481





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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180488714

Vítima: EVA DE LIMA GOMES

Data do Acidente: 18/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EVA DE LIMA GOMES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem seqüela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00347/00348 - carta\_04 - INVALIDEZ

00060174



Carta nº 13953781





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o pagamento de crédito.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário no campo 2 "Assinatura do Representante Legal".

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

325.150.304-91

Nome completo da vítima

EVA DE LIMA GOMES

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|               |                              |        |                      |                |             |                |                 |
|---------------|------------------------------|--------|----------------------|----------------|-------------|----------------|-----------------|
| Nome completo | EVA DE LIMA GOMES            |        | CPF titular da conta | 325.150.304-91 | Profissão   | DO LAR         |                 |
| Endereço      | RUA FRANCISCO FERREIRA       |        | Número               | 21             | Complemento | A              |                 |
| Bairro        | PAVÃO                        | Cidade | FATENDE              |                | Estado      | PERNAMBUCO     |                 |
| E-mail        | GIVALDOBOMBEIRO@YAHOO.COM.BR |        | CEP                  | 55400-000      |             | Telefone (DDD) | (81) 99272-9353 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                        |                                                           |                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00                 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00   | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)<br><input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |                                                        | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) |                                                        |
| AGÊNCIA<br>RAC: 4754 DIV: 1711 DIV: 0                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                        | Banco<br>Nome: _____ RAC: _____                           |                                                        |
| AGÊNCIA<br>RAC: _____ DIV: _____ DIV: _____                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        | CONTA<br>RAC: _____ DIV: _____ DIV: _____                 |                                                        |
| (informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        | (informar dígito se existir)                              |                                                        |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CALMARES-PE, 27 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Eva de Lima Gomes

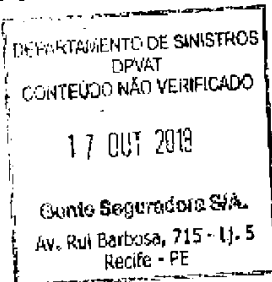
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

103/2017







460382  
037860118  
3180488414

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 074ª CIRCUNSCRIÇÃO - CATENDE - DP74ªCIRC  
DINTER1/13ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0164000577**

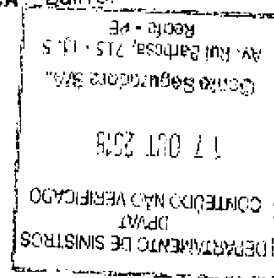
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/06/2018** às **10:44**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 18/5/2017 no período da Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CATENDE, 1, PRÓXIMO A POLICLÍNICA - Bairro: CENTRO - CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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

**DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)**  
**LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA (VÍTIMA)**  
**EVA DE LIMA GOMES (VÍTIMA)**



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

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):**  
**LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA**

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

**LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EVA DE LIMA GOMES**  
Data de Nascimento: **23/4/1984** Naturalidade: **MACEIO / ALAGOAS / BRASIL** Documentos: **06883300467 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CATENDE, 21, RUA FRANCISCO FERREIRA, 21 A - CEP: 0 - Bairro: PAVAO - CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EVA DE LIMA GOMES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: TERZINHA MARQUES DE LIMA GOMES Pai: PEDRO EVARISTO GOMES** Data de Nascimento: **8/11/1960** Naturalidade: **CATENDE / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 999666015**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CATENDE, 21, RUA FRANCISCO FERREIRA, 21 A - CEP: 0 - Bairro: PAVAO - CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**

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

**MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA**  
Categoria: **Moto** Modelo: **MOTOCICLETA HONDA CG 160** Objeto apreendido: **Não**



Boletim de Ocorrência

<file:///C:/Users/Policia civil/infopol/html/BOEPreview.html>

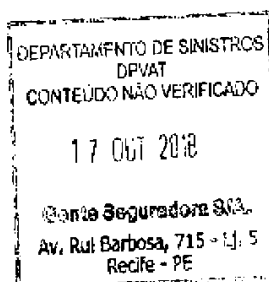
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: OYN6739 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 101630823 Chassi: 9C2KC1680E556885  
Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: ALCOI/GASOL**Complemento / Observação**

SENHORA EVA DE LIMA RELATA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTO DO FILHO - LEONARDE GOMES DA SILVA - NA NOITE DE 18 DO MÊS DE MAIO DO ANO DE 2017, QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE DA MOTO, ASSUSTANDO O CONDUTOR QUE, CONSEQUENTEMENTE, DERRUBOU A MOTO. DECORRENTE DESSA QUEDA, A SENHORA EVA DE LIMA SOFREU UMA FRATURA DE CLAVICULA E UM TRAUMATISMO, COMO ATESTA O LAUDO AQUI ANEXADO. CUMPRE-NOS INFORMAR QUE ESSE BOLETIM FOI PRODUZIDO UNICAMENTE COM BASE NO RELATO DA VÍTIMA.

**Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial***XEva de Lima gomes*EVA DE LIMA GOMES  
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: HANNA LIMA DA COSTA FERRIRA DE MELO - Matrícula: 3875474

Hanna Lima da C. F. de Melo  
Agente de Polícia  
Mat. 387.547-4

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável), sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interdita com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima

EVA DE LIMA GOMES

CPF da Vítima

325.150.304-41

Data do Acidente

18/05/2017

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

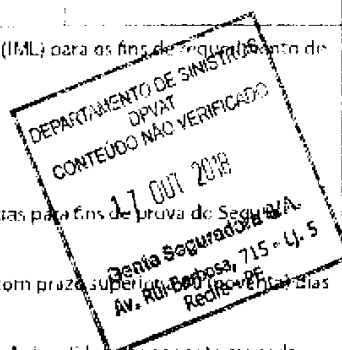
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior ao estabelecido no respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 5º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



PALMARES-PE, 26 de SETEMBRO de 2018

Lugar e Data

Eva de Lima Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

VIG1/2017

10/10



SECRETARIA MUNICIPAL DE CATENDE  
UNIDADE MISTA Dr. JOÃO MAYRINK 0378601

FICHA DE EMERGÊNCIA

03/5/2

NOME: Eraide Lima Gomes

DATA/HORA: 18/05/2017 HORAS: 22:10 TELEFONE:

DATA DE NASCIMENTO: 09/11/62 SUS:

SEXO  
☐ M ☒ F

ESTADO CIVIL  
☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☒ VIÚVA ☐ OUTRO

Ocupação: Doméstica

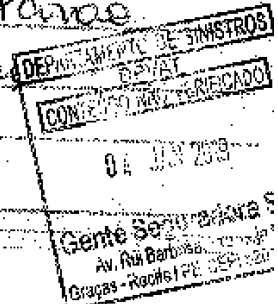
ENDEREÇO: maximiana Siqueira BAIRRO: Parão

NOME DA MÃE: Tereza Marques Lima Gomes

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Emanuel Gomes

END DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO:



HISTÓRIA CLÍNICA

apresentando doença respiratória, febre doença após vacina  
al. doçadeta, apresenta patologia.

EXAME FÍSICO

glaxow 12.

PA: max 80 TEMPERATURA:

SP02: 95% em ar

HA 36

FC: 90 bpm

DIAGNÓSTICO: TCG.7 Prova Jocer

CID:

CONDUTA: ( ) INTERNAÇÃO P/ OBSERVAÇÃO

( ) OUTRAS:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

0 Oxalmin cr

0 SP02 95% - 30ml - 6

0 Jocer 10 H 6T

NO H Pac

0 K2: 7000

544 2608

Sonu: 5003650





SECRETARIA MUNICIPAL DE CATENDÍ  
UNIDADE MISTA DR. JOÃO MAYRINK

FICHA DE EMERGÊNCIA

JB 5/3

NOME: Eva de Lima Gomes

DATA/HORA: 18/05/2017 HORA 22:10

TELEFONE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: 08/11/1956

SUS: \_\_\_\_\_

| SEXO                     |                                     |                          |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| MASC                     | FEM                                 | OUT                      |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ESTADO CIVIL             |                          |                                     |                          |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| CASADO                   | VIÚVO                    | SOLTEIRO                            | RECEBADO                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ocupação: Doméstica

ENDEREÇO: maximiana Siqueira BAIRRO: Paracô

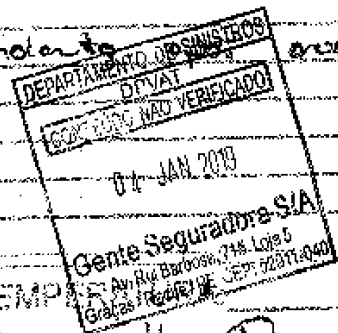
NOME DA MÃE: Tereza Marques Lima Gomes

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: x Emanuel Gomes

END. DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

HISTÓRIA CLÍNICA

apresenta dor no peito direito, para o lado da  
el - doleto, apresentando febre.



EXAME FÍSICO

PA: 101/82 TEMP

glaxia 12.

38,2; 35,4 em c/

FC: 90 bpm

45,4

DIAGNÓSTICO: TCG.7 Paro-jocer

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

CONDUTA: ( ) INTERNAÇÃO P/ OBSERVAÇÃO

( ) OUTRAS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO MÉDICA

O Oclonon c/

0,50g 91.500ml - 6

Obeato H 6T

NO H TAC

42.7 me

544 x 808

30ml 5.000g





## ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE HOSPITALAR

Nome Lucas de Almeida DATA 10/03/20  
Endereço: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento 09/11/62  
Prontuário: \_\_\_\_\_

### Solução Clínica

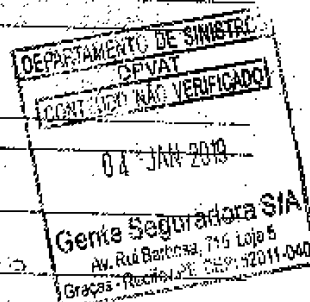
Doença crônica de longa duração, com  
doença crônica de longa duração, com  
doença crônica de longa duração, com  
doença crônica de longa duração, com  
doença crônica de longa duração, com  
doença crônica de longa duração, com  
doença crônica de longa duração, com  
doença crônica de longa duração, com

Hipótese  
Diagnóstica: T.C. e I.

Motorista \_\_\_\_\_

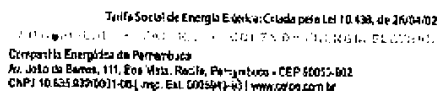
Unidade de Referência: Unidade de Referência

Senha da Central de Regulação: Senha da Central de Regulação



Se houver qualquer  
alteração, favor  
contatar o 113





2015年12月15日

CPF 325.50 334-91

PAVAGOMATONE  
CATINDE PE  
55400.000

RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Mortuário

7021967046 05/2018

NOTA FISCAL  
31543750

DATA OF VENDOR: 15/05/2018 DATA OF VENDOR: 07/05/2018

APR 25 2012

**И. П. С. Е. Н. Д.**

**KENNEDY**

TOTAL A FAIRER RES

43.40

Conselho Administrativo  
 Associação Brasileira ABRAPELA  
 Companhia de Limpeza Pública  
 CANS Saneamento - CLESA - Fone 011 795 7406-0 0 2 2 5 8  
 Numa parafusado Fone 011 7794495 - 3514018  
 Luma 404 alameda Fone 011 7794625 - 6604113  
 Alameda 13083 PMPA Fone 011 7794625 - 3514018

01/20/2016

**REFERENCES**

VALON Q271

TOTAL DEFECTS

43 40

| Nº DO<br>REGISTRO | TIPO DA<br>FOLHA | ANTERIOR<br>VALOR | LEITURA | ATUAL<br>VALOR | VALOR<br>DIFERENÇA | CONSTANTE<br>10000 | AJUSTE | COMPROVAÇÃO<br>DATA |
|-------------------|------------------|-------------------|---------|----------------|--------------------|--------------------|--------|---------------------|
|-------------------|------------------|-------------------|---------|----------------|--------------------|--------------------|--------|---------------------|

[illegible]

A partir de 2014, 30% do lucro líquido foi distribuído para o FPA, para o Bônus de Dividendos e 30% para o Ações Preferenciais. Os 40% restantes serão utilizados para o pagamento de dividendos e para o pagamento de ações. O Bônus de Dividendos será pago em 12 parcelas, sendo a primeira parcela paga em 12 de dezembro de 2014 e a última parcela paga em 12 de dezembro de 2015. O Bônus de Dividendos será pago em 12 parcelas, sendo a primeira parcela paga em 12 de dezembro de 2014 e a última parcela paga em 12 de dezembro de 2015. O Bônus de Dividendos será pago em 12 parcelas, sendo a primeira parcela paga em 12 de dezembro de 2014 e a última parcela paga em 12 de dezembro de 2015.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
17 OUT 2012  
Correio Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

[illegible]



Térço Social de Energia Elétrica: Citada pela Lei 10.438, de 26/06/02  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 54000-900  
CNPJ: 10.325.832/0001-00 | Tel: (81) 3105.3433 | www.ceel.pe.br

CONTRATANTE  
LIGERSON AGUIAR TINHO DA SILVA

CONTRATADO  
RUA CEL. AUGUSTO LINS 737 A

CPF: 532.402.194-68  
ENDEREÇO: RUA CEL. AUGUSTO LINS 737 A

CONTRATADO  
CENTRO DE MANUTENÇÃO  
PALMARES LE  
55540-000

BI RESIDENCIAL  
RECREACIONAL  
MORFÓLOGIA

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

7013980088

07/2018

DATA DE VENCIMENTO

12/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

08/08/2018

163,22

Nº DA NOTA FISCAL: 012807196  
APRESENTAÇÃO: ÚNICA  
Nº DO CLIENTE: 2032102731  
DATA DE EMISSÃO: 05/07/2018  
Nº DA INSTALAÇÃO: 219-017

|                                                | QUANTIDADE  | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Consumo Atualizado                             | 166.038,000 | 0,74727323  | 125,63      |
| Acrescimo Bandeira (PERMELHA)                  |             |             | 12,01       |
| Contribuição de Iluminação Pública             |             |             | 14,28       |
| Consumo Subvenção - CCE - NF 015422870-00/2018 |             |             | 1,58        |
| Multa por atraso - NF 015422870-00/2018        |             |             | 2,42        |
| Juros por atraso - NF 015422870-00/2018        |             |             | 3,52        |
| Atualização IGP-M - NF 015422870-00/2018       |             |             |             |

TOTAL DA FATURA

| Nº DO MEDIDOR | Tipo da Função | Anterior  | Atual     | Nº de Leas | Consumo (kWh) |
|---------------|----------------|-----------|-----------|------------|---------------|
| 100000        | 100            | 14.874,70 | 14.874,70 | 20         | 166,04        |

| Mês/Ano | Consumo (kWh) | Base de Cálculo | %     | Valor do Consumo | Composição do Consumo         |
|---------|---------------|-----------------|-------|------------------|-------------------------------|
| Jul-18  | 166           | 14.874,70       | 25,00 | 3.718,68         | Geração de Energia 47,50%     |
| Jun-18  | 221           | 13.756,10       | 1,00  | 1,00             | Transmissão 2,81%             |
| Mai-18  | 165           | 13.756,10       | 1,00  | 1,00             | Distribuição (Celpe) 0,14%    |
| Abr-18  | 250           | 13.756,10       | 1,00  | 1,00             | Perdas na Transmissão 0,13%   |
| Mar-18  | 217           | 13.756,10       | 1,00  | 1,00             | Estrutura de Instalação 0,13% |
| Fev-18  | 112           | 13.756,10       | 1,00  | 1,00             | Tributação 0,13%              |
| Jan-18  | 93            | 13.756,10       | 1,00  | 1,00             | Tributação 0,13%              |
| Dez-17  | 32            | 13.756,10       | 1,00  | 1,00             | Tributação 0,13%              |
| Nov-17  | 15            | 13.756,10       | 1,00  | 1,00             | Tributação 0,13%              |
| Out-17  | 33            | 13.756,10       | 1,00  | 1,00             | Tributação 0,13%              |
| Sep-17  | 30            | 13.756,10       | 1,00  | 1,00             | Tributação 0,13%              |
| Ago-17  | 30            | 13.756,10       | 1,00  | 1,00             | Tributação 0,13%              |
| Jul-17  | 30            | 13.756,10       | 1,00  | 1,00             | Tributação 0,13%              |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
UPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
17 OUT 2018  
Genio Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

ATENÇÃO: A BILTA PAROU PARA VOCE POR FAVOR CONTATE O ATENDENTE

Valor do boleto: 163,22  
Data de vencimento: 12/07/2018  
Valor do boleto: 163,22  
Data de vencimento: 12/07/2018

| Valor do boleto | Valor do boleto | Valor do boleto | Valor do boleto |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 163,22          | 163,22          | 163,22          | 163,22          |

CONTA CONTRATO: 7013980088  
MÊS/ANO: 07/2018  
DATA DE VENCIMENTO: 12/07/2018  
TOTAL A PAGAR (R\$): 163,22

83860000001-8 63220011007-R 013980088-2



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0271204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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/BIBLIOTECABWEB/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 COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº 9.513/98.

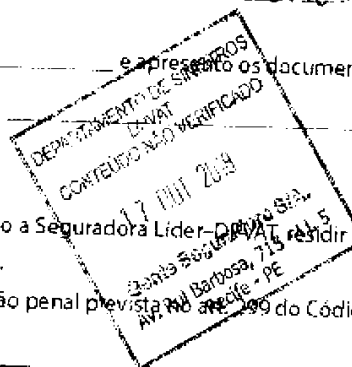
Pelo exposto, eu ERICK MOURA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF 019.739.214 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EVA DE LIMA GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 325.150.304/91 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EVA DE LIMA GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 325.150.304/91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT S/A, 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 artigo 299 do Código Penal.



|                              |          |                          |           |                        |  |
|------------------------------|----------|--------------------------|-----------|------------------------|--|
| Endereço                     |          | Número                   |           | Complemento            |  |
| RUA CEL AUSTRICLINIO         |          | 797                      |           | A                      |  |
| Bairro                       | Cidade   | Estado                   | CEP       |                        |  |
| CENTRO                       | PALMARES | PE                       | 55540-000 |                        |  |
| Email                        |          | Telefone comercial (DDD) |           | Telefone celular (DDD) |  |
| GIVALDOBOMBEIRO@YAHOO.COM.BR |          |                          |           | (81) 9 9794-8833       |  |

PALMARES-PE 23 de JULHO de 2018

Lugar e Data

*ERICK MOURA DOS SANTOS*  
Assinatura do Declarante



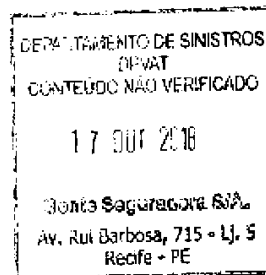
## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA  
RG nº 7137338 da de expedição 13/08/2001  
Órgão DPV portador do CPF nº 068.823.004-57, com  
domicílio na cidade de CARUARU, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
TRAVESSA CAPITÃO JOAQUIM NUNES, nº 234,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima EVA DE LIMA GOMES, cujo o condutor era  
LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA CG150 FAN E 301  
Ano: 2014  
Placa: DYN-6739  
Chassi: 9CJ.KC1680ER556887  
Data do Acidente: 18/05/2017  
Local e Data: 30 de Julho de 2018



Leonardo Gomes Alves da Silva  
Assinatura do Declarante



Leonardo Gomes Alves da Silva

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

**3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO**  
961 GOMIO TORORNO  
Reconheço por autenticidade a firma de LEONARDE GOMES ALVES DA SILVA, dou fé.  
Selo: 0073718.SWQ06201804.04090  
Caruaru/PE, 30/07/2018 11:26:06. Em test. da verdade.  
SINTIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente  
Em R\$ R\$ 5,59 - NR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 - p. 20

