



Número: **0000240-07.2019.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Flores**

Última distribuição : **19/09/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado            |                |
|--------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------|----------------|
| MARCELINO DOS SANTOS PINTO (AUTOR)                     |                    | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO) |                |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    |                                          |                |
| Documentos                                             |                    |                                          |                |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                | Tipo           |
| 60190241                                               | 02/04/2020 14:50   | <a href="#">2709448_CONTESTACAO_01</a>   | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORES/PE

Processo: 00002400720198172610

**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 **MARCELINO DOS SANTOS PINTO**, 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 **02/05/2017**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 29/05/2017.**

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que o boletim médico apresentado nos autos não menciona em momento algum que as lesões tenham decorrido do acidente alegado.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

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

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

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

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

#### **DO MÉRITO**

#### **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>3</sup>.

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

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

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

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



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

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

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**<sup>4</sup>.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

#### **CONFORME OBSERVADO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS PELA AUTORA PODEMOS VERIFICAR QUE EM MOMENTO ALGUM HÁ A MENÇÃO DE QUE AS LESÕES TENHAM SIDO ADQUIRIDAS NO ACIDENTE ADUZIDO.**

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo<sup>5</sup>.

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

#### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

<sup>4</sup>SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

<sup>5</sup>APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para 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\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), 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 02/05/2017. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais).

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

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

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

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

<sup>6</sup> RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO 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>7</sup> **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

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

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

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

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

#### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

<sup>9</sup>art. 1º. (...)

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



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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

FLORES, 25 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 **MARCELINO DOS SANTOS PINTO**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **FLORES**, nos autos do Processo nº 00002400720198172610.

Rio de Janeiro, 25 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: **0000240-07.2019.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Flores**

Última distribuição : **19/09/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado            |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------|--------------------|
| MARCELINO DOS SANTOS PINTO (AUTOR)                     |                    | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    |                                          |                    |
| Documentos                                             |                    |                                          |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                | Tipo               |
| 60190242                                               | 02/04/2020 14:50   | <a href="#">ANEXO 1</a>                  | Outros (Documento) |



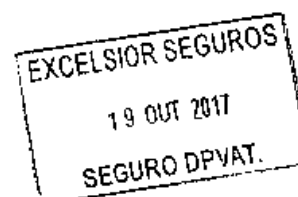
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Mancelino dos Santos PintoRG nº 7.642.343, data de expedição 28/07/2004 órgão SDS / PE

CPF nº 074.173.714-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                           |
|-----------------------------------|-------------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Ven Genino Silvio Queiroz Pita</u> |
| Número                            | <u>17</u>                                 |
| Apto / Complemento                | <u>Cama</u>                               |
| Bairro                            | <u>Eldorado</u>                           |
| Cidade                            | <u>Flora</u>                              |
| Estado                            | <u>PE</u>                                 |
| CEP                               | <u>56850-000</u>                          |
| Telefone de Contato               | <u>871 9634-4907</u>                      |
| E-mail                            |                                           |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada 26/09/2017Assinatura do Declarante: X Mancelino dos Santos Pinto



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA PRINCEZA LIZABEL - NUM. - 00008 - CENTRO  
FLORES DE 56850-000

| DADOS DO CLIENTE                                                 |                    | MATRÍCULA:                         |                      |
|------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------|----------------------|
| VANDERSON MARQUES DA SILVA                                       |                    | 105257427 Ago/2017                 |                      |
| R VER GERINO SILVIO QUETROZ PITA, N. 00017 - CONJ HAB ELGRADO    |                    |                                    |                      |
| VILA NOVA FLORES DE 56850-000                                    |                    |                                    |                      |
| INSCRIÇÃO: 056.305.804-0000                                      |                    | GRUPO: 2 DEB AUTOMATICO: 105257427 |                      |
| LIGADO                                                           | POTENCIAL          | RESTRITA                           | COMERCIAL            |
| INDICADOR                                                        | DATA LIG. ANTERIOR | DATA INST. ATUAL                   | TIPO DE CONSUMO (M3) |
| Y10N441238                                                       | 02/08/2017         | 01/09/2017                         | REAL                 |
| AGUA:                                                            |                    |                                    |                      |
| LEIT ANT: 342                                                    |                    | CONSUMO: 14                        |                      |
| LEIT ATU: 356                                                    |                    |                                    |                      |
| LEIT FAT: 356                                                    |                    |                                    |                      |
| HISTORICO DE CONSUMO                                             |                    |                                    |                      |
| REFERENCIA CONSUMO                                               |                    |                                    |                      |
|                                                                  |                    | NUMERO DE AMOSTRAS                 |                      |
|                                                                  |                    | EXIG. PORT. ANALISES ATENDE        |                      |
|                                                                  |                    | NS 2.914/11 REALIZ. A LEGIS        |                      |
| 07/2017                                                          | 13                 | TURBIDEZ                           | 13                   |
| 06/2017                                                          | 11                 | COR APARENTE                       | 13                   |
| 05/2017                                                          | 15                 | COR APARENTE                       | 13                   |
| 04/2017                                                          | 15                 | COR APARENTE                       | 13                   |
| 03/2017                                                          | 14                 | COR APARENTE                       | 13                   |
| 02/2017                                                          | 15                 | COR APARENTE                       | 13                   |
| MEDIA: 14                                                        |                    | COR APARENTE                       | 13                   |
| Qualidade de Água: www.compesa.com.br                            |                    |                                    |                      |
| OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS |                    |                                    |                      |
| (2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO     |                    |                                    |                      |
| RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA        |                    |                                    |                      |
| (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES   |                    |                                    |                      |
| ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA                             |                    |                                    |                      |
| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS                                           |                    |                                    |                      |
| ÁGUA                                                             |                    | CONSUMO                            | TOTAL (R\$)          |
| RENTORNCIAL 1 UNIDADE(S)                                         |                    |                                    |                      |
| A 1 M3 - 40,18 POR UNIDADE                                       |                    | 10 M3                              | 40,18                |
| 11 L A 20 M3 - R\$ 4,61 POR M3                                   |                    | 4 M3                               | 18,44                |

| PP    | PP   | PP   |
|-------|------|------|
| 58,62 | 3,66 | 0,97 |
| 58,62 | 7,80 | 4,46 |

VENCIMENTO:

15/09/2017

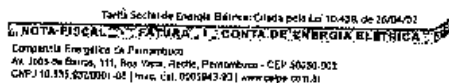
TOTAL A PAGAR:

58,62

MENSAGEM:

EXCELSIOR SEGUROS  
19 OUT 2017  
SEGURO DPVAT.





ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA FRANCISCO OLAVO 115

IPSEP/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA, PE  
55212-130

|                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| COMETA CONTRIBUTO     | BOEMANO           |
| 22/8076019            | 08/2016           |
| DATA DEL VERSAMENTO   | DATA DI PAGAMENTO |
| 27/06/2016            | 19/07/2016        |
| TOTALE PER CONTRIBUTO | 124,16            |

|            |            |         |
|------------|------------|---------|
| 13/08/2018 | 2010130200 | 3912821 |
|------------|------------|---------|

| DECLARAÇÃO DE RECEITA FISCAL                  |             |            |             |
|-----------------------------------------------|-------------|------------|-------------|
|                                               | QUANTIDADE  | PREÇO C/IO | VALOR (R\$) |
| Consumo Água (MWh)                            | 177,0000000 | 0,03018671 | 5,35        |
| Consumo Energia Combustível (MWh)             |             |            | 7,34        |
| ICMS Substância Água-CDE-NF 002101538-18(MWh) |             |            | 1,12        |
| Imposto sobre o Ir-002131828-18(CM&B)         |             |            | 2,43        |
| Juros por atraso-NF 002131828-18(M&B)         |             |            | 0,77        |
| PROJ.C.BANQUA-LOB 17M 12-MIN 00031 wsm        |             |            | 0,99        |

134 1F

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE GÁS NATURAL |                 |         |            |            |            |            |           |          |               |
|-----------------------------------------|-----------------|---------|------------|------------|------------|------------|-----------|----------|---------------|
| PERÍODO                                 | TIPO DE MEDIDOR | UNIDADE | ANTERIOR   | POSTERIOR  | DIFERENÇA  | PERÍODO    | CONSTANTE | ALÍQUOTA | CONSUMO (KWH) |
| 20/02/2016                              | 20/02/2016      | CAF     | 18.09.2016 | 18.10.2016 | 17.56.2016 | 10.57.2016 | 1.0000    |          | 137,00        |

| COUNTRY |       | COUNTRY |       | COUNTRY |       |
|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
| NAME    | VALUE | NAME    | VALUE | NAME    | VALUE |
| USA     | 100   | USA     | 100   | USA     | 100   |
| UK      | 80    | UK      | 80    | UK      | 80    |
| FR      | 60    | FR      | 60    | FR      | 60    |
| DE      | 40    | DE      | 40    | DE      | 40    |
| IT      | 20    | IT      | 20    | IT      | 20    |
| ES      | 10    | ES      | 10    | ES      | 10    |
| PT      | 5     | PT      | 5     | PT      | 5     |
| GR      | 3     | GR      | 3     | GR      | 3     |
| SP      | 2     | SP      | 2     | SP      | 2     |
| IR      | 1     | IR      | 1     | IR      | 1     |
| IN      | 1     | IN      | 1     | IN      | 1     |
| JP      | 1     | JP      | 1     | JP      | 1     |
| BR      | 1     | BR      | 1     | BR      | 1     |
| RU      | 1     | RU      | 1     | RU      | 1     |
| CH      | 1     | CH      | 1     | CH      | 1     |
| SE      | 1     | SE      | 1     | SE      | 1     |
| NO      | 1     | NO      | 1     | NO      | 1     |
| DK      | 1     | DK      | 1     | DK      | 1     |
| FI      | 1     | FI      | 1     | FI      | 1     |
| IS      | 1     | IS      | 1     | IS      | 1     |
| AE      | 1     | AE      | 1     | AE      | 1     |
| SA      | 1     | SA      | 1     | SA      | 1     |
| EG      | 1     | EG      | 1     | EG      | 1     |
| SD      | 1     | SD      | 1     | SD      | 1     |
| LY      | 1     | LY      | 1     | LY      | 1     |
| MA      | 1     | MA      | 1     | MA      | 1     |
| MR      | 1     | MR      | 1     | MR      | 1     |
| ML      | 1     | ML      | 1     | ML      | 1     |
| GN      | 1     | GN      | 1     | GN      | 1     |
| CI      | 1     | CI      | 1     | CI      | 1     |
| BE      | 1     | BE      | 1     | BE      | 1     |
| NE      | 1     | NE      | 1     | NE      | 1     |
| NG      | 1     | NG      | 1     | NG      | 1     |
| GH      | 1     | GH      | 1     | GH      | 1     |
| TO      | 1     | TO      | 1     | TO      | 1     |
| UG      | 1     | UG      | 1     | UG      | 1     |
| KE      | 1     | KE      | 1     | KE      | 1     |
| SO      | 1     | SO      | 1     | SO      | 1     |
| ET      | 1     | ET      | 1     | ET      | 1     |
| SD      | 1     | SD      | 1     | SD      | 1     |
| LY      | 1     | LY      | 1     | LY      | 1     |
| MA      | 1     | MA      | 1     | MA      | 1     |
| MR      | 1     | MR      | 1     | MR      | 1     |
| ML      | 1     | ML      | 1     | ML      | 1     |
| GN      | 1     | GN      | 1     | GN      | 1     |
| CI      | 1     | CI      | 1     | CI      | 1     |
| BE      | 1     | BE      | 1     | BE      | 1     |
| NE      | 1     | NE      | 1     | NE      | 1     |
| NG      | 1     | NG      | 1     | NG      | 1     |
| GH      | 1     | GH      | 1     | GH      | 1     |
| TO      | 1     | TO      | 1     | TO      | 1     |
| UG      | 1     | UG      | 1     | UG      | 1     |
| KE      | 1     | KE      | 1     | KE      | 1     |
| SO      | 1     | SO      | 1     | SO      | 1     |
| ET      | 1     | ET      | 1     | ET      | 1     |
| SD      | 1     | SD      | 1     | SD      | 1     |
| LY      | 1     | LY      | 1     | LY      | 1     |
| MA      | 1     | MA      | 1     | MA      | 1     |
| MR      | 1     | MR      | 1     | MR      | 1     |
| ML      | 1     | ML      | 1     | ML      | 1     |
| GN      | 1     | GN      | 1     | GN      | 1     |
| CI      | 1     | CI      | 1     | CI      | 1     |
| BE      | 1     | BE      | 1     | BE      | 1     |
| NE      | 1     | NE      | 1     | NE      | 1     |
| NG      | 1     | NG      | 1     | NG      | 1     |
| GH      | 1     | GH      | 1     | GH      | 1     |
| TO      | 1     | TO      | 1     | TO      | 1     |
| UG      | 1     | UG      | 1     | UG      | 1     |
| KE      | 1     | KE      | 1     | KE      | 1     |
| SO      | 1     | SO      | 1     | SO      | 1     |
| ET      | 1     | ET      | 1     | ET      | 1     |
| SD      | 1     | SD      | 1     | SD      | 1     |
| LY      | 1     | LY      | 1     | LY      | 1     |
| MA      | 1     | MA      | 1     | MA      | 1     |
| MR      | 1     | MR      | 1     | MR      | 1     |
| ML      | 1     | ML      | 1     | ML      | 1     |
| GN      | 1     | GN      | 1     | GN      | 1     |
| CI      | 1     | CI      | 1     | CI      | 1     |
| BE      | 1     | BE      | 1     | BE      | 1     |
| NE      | 1     | NE      | 1     | NE      | 1     |
| NG      | 1     | NG      | 1     | NG      | 1     |

|       |     |  |  |  |
|-------|-----|--|--|--|
| 44MTC | 211 |  |  |  |
| 06218 | 267 |  |  |  |

NOV 13 2017

QUT116 106

ADG 12 1/2

JUN 10 1961

1000

**INFORMACIÓN IMPORTANTE**

[illegible]

Photo courtesy of the U.S. Coast Guard

...a respeito da possibilidade de  
...a respeito da possibilidade de

1. *Содержание* 1

1. *Chlorophyll a* and *Chlorophyll b* were determined using a spectrophotometer (Shimadzu UV-1601) at 663 nm and 646 nm, respectively. The concentration of chlorophyll was calculated using the following formula:  $\text{Chlorophyll } a = 12.7 \times \text{OD}_{663} - 2.13 \times \text{OD}_{646}$  and  $\text{Chlorophyll } b = 21.6 \times \text{OD}_{646} - 5.1 \times \text{OD}_{663}$  (Arar and Solman, 2005).

judicially created rights are not  
 considered under the 14th  
 Amendment.

1000

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERCORREÇÕES: \_\_\_\_\_  
 COLADO: \_\_\_\_\_ VALOR: \_\_\_\_\_ LARGO: \_\_\_\_\_ LARGO: \_\_\_\_\_ LARGO: \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE FOLHAS: \_\_\_\_\_

[illegible]

|     |      |      |      |       |      |      |      |
|-----|------|------|------|-------|------|------|------|
| PKC | 0.02 | 2.42 | 4.06 | 14.70 | 22.0 | 20.4 | 23.1 |
|-----|------|------|------|-------|------|------|------|

Lineen (Licht) 1,2,27

*Journal of Management Education* 36(7) 809-824

DATA CONTRATO: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_ DATA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_

7278078019- 06/2018 27/08/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 124,16

83840000001-4 24160011002-8 27807601910-0 03541512433-9



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

$\text{H}^+$     $\text{H}_2\text{O}$     $\text{H}_2\text{O}^+$   
 $\text{H}^+$     $\text{H}_2\text{O}$     $\text{H}_2\text{O}^+$

[illegible]

por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/04/2020 14:50:14

Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040214501446700000005

40214501446700000059166472

[illegible]

SEGURO DPVAT.



Declaração Circular SUSEP



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 0221204 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Romana de M. S. Cavalcanti inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744/25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcelino dos Santos Pinto inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.173.714/00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marcelino dos Santos Pinto inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.173.714/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

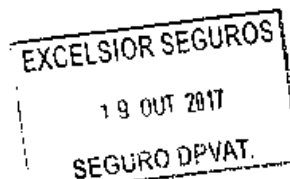
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                            |                      |                         |                        |
|----------------------------|----------------------|-------------------------|------------------------|
| Endereço                   |                      | Número                  | Complemento            |
| <u>Rua Francisco Olavo</u> |                      | <u>110</u>              | <u>Casa</u>            |
| Bairro                     | Cidade               | Estado                  | CEP                    |
| <u>IPSEP</u>               | <u>Senna Talhada</u> | <u>PE</u>               | <u>56912-130</u>       |
| Email                      |                      | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) |
|                            |                      |                         |                        |

Senna Talhada 03 de Outubro de 2017  
Local e Data

Romana de M. S. Cavalcanti  
Assinatura do Declarante



PLDRL.001 V001/2017



Documentação médico - h



FLORES

**REFEITURA MUNICIPAL DE FLORES**  
**Fundo Municipal de Saúde**  
*Unidade Mista Genésio Francisco Xavier*  
**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

18a

|                                                                                                                                                                                                 |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Data e Hora: 02-05-2017 às 05:10                                                                                                                                                                | Nº. Ocorrência            |
| Nome: Marceline dos Santos Pinto                                                                                                                                                                | Data Nascimento: 02-08-98 |
| Profissão: Agricultor                                                                                                                                                                           | Sexo: M                   |
| Fone:                                                                                                                                                                                           | Doc. Ident.:              |
| End.: Eldorado                                                                                                                                                                                  | SUS: 700701959211275      |
| Responsável: Maria Aparecida dos Santos (mãe)                                                                                                                                                   |                           |
| Tipo de Atendimento: <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta |                           |

Pressão Arterial: HGT: Pulso: Temp.: Peso:

Histórico e Exame Físico:

Fratura de radio A/E

Alergia

Tratamento:

Impressão Diagnóstica:

EXCELSIOR SEGUROS  
 19 OUT 2017  
 SEGURO DPVAT.

Destino do Paciente

Residência ☐Internado ☐Transferido ☒

Removido para Hospital

HOSPAM

Óbito às

horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

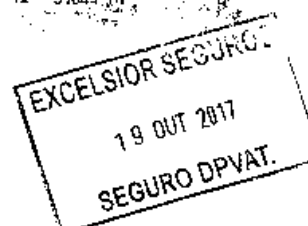
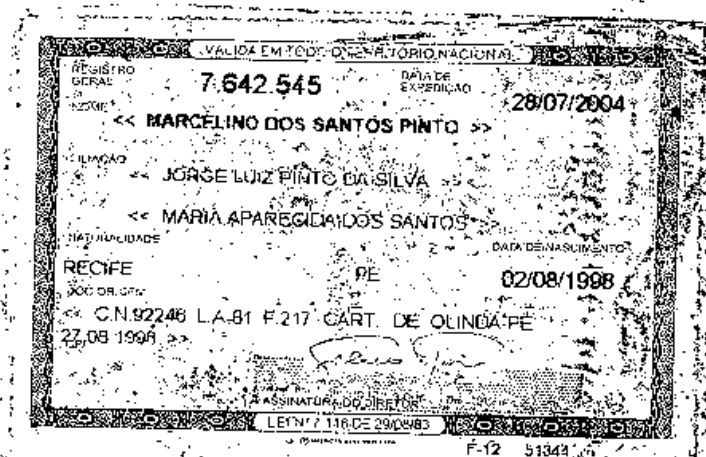
Tássio José Bezerra dos Santos -

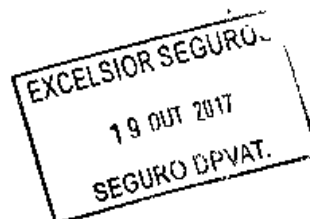
CRM

CRM: 20.520



Documentos de identificação





Documentos de identificação



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO**

**ROSA MARIA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

**CPF: 052.384.744-25** **DATA NASCIMENTO: 19/06/1983**

**ALUGO**

**ARCELO PEREIRA DA SILVA**

**MARIA JOSE DE MENEZES SILVA**

**PERMISSÃO: AD**

**VALIDADE: 18/11/2015** **VALIDAÇÃO: 05/05/2010**

**1017067334**

**PROBADO PARTICIPAR**

**1017067334**

**LOCAL: SERRA TALHADA - PE** **DATA EMISSÃO: 19/11/2014**

**47021846488** **20067050153**

**EXCELSIOR SEGUROS**  
**19 OUT 2017**  
**SEGURO DPVAT.**



Outros

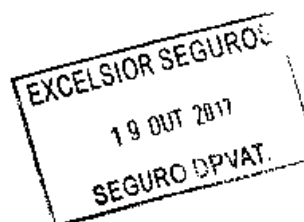


## DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

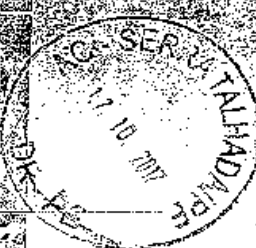
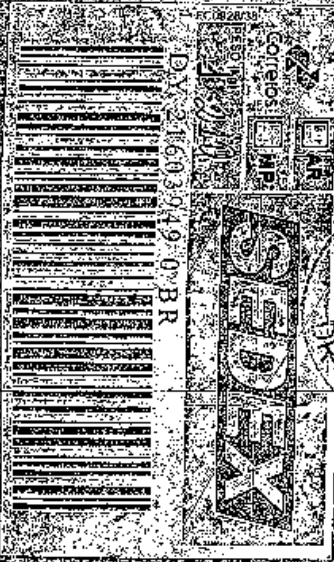
SERRA TALHADA, 26 de setembro de 2017

X Marcilene dos Santos Pinto



PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT  
AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175  
RECIFE ANTIGO,  
RECIFE-PE  
50.030.000

EXCELSIOR SEGUROS  
1º DE JUL. 2007  
JURIDICO



EXCELSIOR SEGURO  
1º DE JUL 2007  
SEGURO DPVAT



DE: ROSANA MENEZES  
RUA: ORACIO DE ANDRADE  
103, SALA 02  
CENTRO  
SERRA TALHADA - PE  
CEP: 56.900.000

EXCELSIOR SEGURO  
19.001.2011  
SEGURO PRIVAT



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170561626 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELINO DOS SANTOS PINTO **Data do acidente:** 02/05/2017 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

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

**Data da análise:** 26/10/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** Fratura de rádio esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** Encaminhar relatório médico hospitalar descrevendo a evolução das lesões, os tratamentos realizados e seus resultados.

**Observações:**

### DANOS

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

### PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170561626 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELINO DOS SANTOS PINTO **Data do acidente:** 02/05/2017 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

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

**Data da análise:** 30/11/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de úmero esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado à Perícia Médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insuseptíveis à terapêutica segundo os moldes previstos pela legislação vigente

### 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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

### PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** CARLOS MIRANDA CHAGAS

**CRM do médico:** 52.34765-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170561626 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELINO DOS SANTOS PINTO **Data do acidente:** 02/05/2017 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE 1/3 DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXÃO DO COTOVELO ESQUERDO

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** OBS - NOTA DO REVISOR - CONCLUSÃO BASEADO NA AVALIAÇÃO DOCUMENTAL E PERICIAL

**Médico examinador:** ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA

**CRM do médico:** 19340

**UF do CRM do médico:** PE

### 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 superiores | 70 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 35%       | R\$ 4.725,00          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 35 %      | R\$ 4.725,00          |

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Procuração

## Procuração



Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Marcelino dos Santos Pinto

portador(a) do documento de identidade nº 7.642.543 expedido por SSS/PE em

28/07/2004 inscrito no CPF sob o nº 074.173.714-00 residente na

Rua Ven Genino Silvio Queiroz nº 17

complemento Casa Bairro Vila Nova cidade

Floresta Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802 expedido por SDS-PE em

29/05/2001 inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25 residente na

Rua Francisco Olavo nº 110

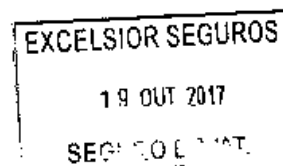
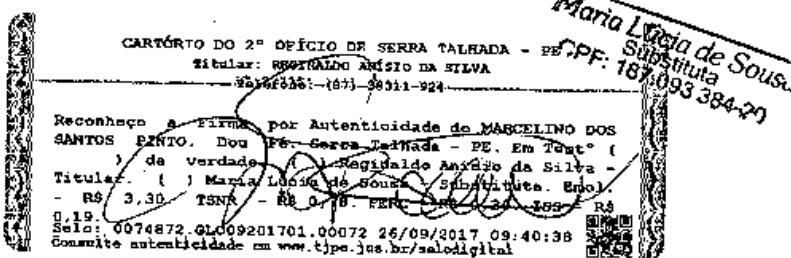
complemento Casa Bairro IPSEP cidade

Serra Talhada Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 26 de setembro de 2017

Outorgante X Marcelino dos Santos Pinto



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11849875

A/C: MARCELINO DOS SANTOS PINTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170561626 ASL-0406062/17

Vítima: MARCELINO DOS SANTOS PINTO

Data Acidente: 02/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01661/01662 - carta\_01



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2017

Carta nº: 11864245

A/C: MARCELINO DOS SANTOS PINTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170561626 ASL-0406062/17  
Vítima: MARCELINO DOS SANTOS PINTO  
Data Acidente: 02/05/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 19/10/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 02/05/2017. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00871/00872 - carta\_03



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARCELINO DOS SANTOS PINTO**

Sinistro: **3170561626**  
Vítima: **MARCELINO DOS SANTOS PINTO**  
Data do Acidente: **02/05/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170561626** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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. 00453/00454 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12030866



Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12109259

A/C: MARCELINO DOS SANTOS PINTO

Nº Sinistro: 3170561626  
Vitima: MARCELINO DOS SANTOS PINTO  
Data do Acidente: 02/05/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCELINO DOS SANTOS PINTO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000586-0

Conta: 0000035617-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 4.725,00 |

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = | R\$ | 4.725,00 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01297/01298 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020649



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170561626 - 1  
Nome do(a) Examinado(a): MARCELINO DOS SANTOS PINTO  
Endereço do(a) Examinado(a): RUA VER GERINO SILVIO QUEIROZ PITA nº 17 - VILA NOVA - FLORES/PE  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 7642545 - SSP  
Data local do exame: 11/12/2017 SERRA TALHADA/PE

## Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

### FRATURA DE 1/3 DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

### TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXÃO DO COTOVELO ESQUERDO

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

### DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*)

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

#### MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

### NOTA DO REVISOR - CONCLUSÃO BASEADO NA AVALIAÇÃO DOCUMENTAL E PERICIAL -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - SERRA TALHADA, 11/12/2017

Médico Perito: ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA CRM:19340/PE

Dr. André Gustavo F. Souza  
CREMEPE: 19340/CRM-PB: 8607

Assinatura do perito Examinador - CRM





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IND

Autorização de pagamento

AT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Manuelino dos Santos PintoPORTADOR(A) DO RG Nº 7.642.543EXPEDIDO POR SDS/PEEM 28/07/2017CPF 0741173704-00 /CNPJ 000000000-0000-00E RENDA MENSAL DE R\$ 00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA Manuelino dos Santos Pinto, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta poupança operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também, não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

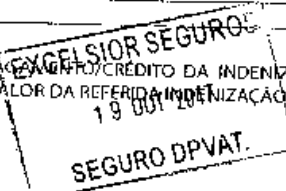
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0386 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 35617-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Assinado em 26 de setembro de 2017 X Manuelino dos Santos Pinto

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

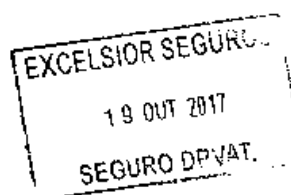




## Saldos

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS  
MARCELINO DOS SANTOS PINTO 11:14 HRS  
AGENCIA 0586 CONTA 0035617-4 10/OUT/2017

|                          |      |
|--------------------------|------|
| DISPONIVEL               |      |
| = TOTAL DISPONIVEL ..... | 0,00 |
| + CONTA CORRENTE .....   | 0,00 |
| TOTAL DE RECURSOS .....  | 0,00 |





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IND

Autorização de pagamento

AT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Manuelino dos Santos PintoPORTADOR(A) DO RG Nº 7.642.545EXPEDIDO POR SDS/PEEM 28/07/2017CPF 0741173704-00 /CNPJ 000000000-0000-00E RENDA MENSAL DE R\$ 00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA Manuelino dos Santos Pinto, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta poupança operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também, não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

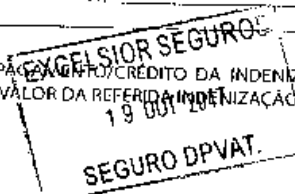
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0386 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 35617-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Assinado em 26 de setembro de 2017 X Manuelino dos Santos Pinto

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

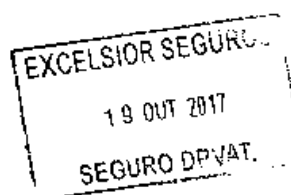




## Saldos

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS  
MARCELINO DOS SANTOS PINTO 11:14 HRS  
AGENCIA 0586 CONTA 0035617-4 10/OUT/2017

|                          |      |
|--------------------------|------|
| DISPONIVEL               |      |
| = TOTAL DISPONIVEL ..... | 0,00 |
| + CONTA CORRENTE .....   | 0,00 |
| TOTAL DE RECURSOS .....  | 0,00 |





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IND

Autorização de pagamento

AT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Manuelino dos Santos Pinto  
PORTADOR(A) DO RG Nº 7.642.543 EXPEDIDO POR SPS/PE EM 28/07/2004  
CPF 0741173704-00 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO agricultor  
E RENDA MENSAL DE R\$ 00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Manuelino dos Santos Pinto, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Suspep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta poupança operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também, não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

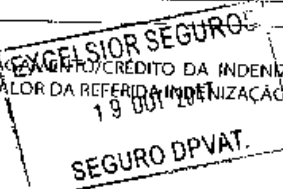
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0386 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 35617-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.



Senna Tolha 26 de setembro de 2017 X Manuelino dos Santos Pinto  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

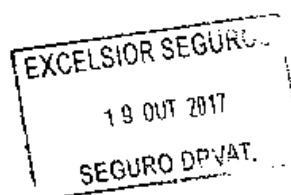




## Saldos

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS  
MARCELINO DOS SANTOS PINTO 11:14 HRS  
AGENCIA 0586 CONTA 0035617-4 10/OUT/2017

|                          |      |
|--------------------------|------|
| DISPONIVEL               |      |
| = TOTAL DISPONIVEL ..... | 0,00 |
| + CONTA CORRENTE .....   | 0,00 |
| TOTAL DE RECURSOS .....  | 0,00 |





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES -  
DP179ªCIRC DINTER2121ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17EQ269000234

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/05/2017 às  
10:50

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)  
que aconteceu no dia 2/5/2017 às 05:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE FLORES, 1. PISTA, PROXIMO AO  
CONJUNTO EL DORADO - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO  
/BRASIL  
Local: 32 Km - RODOVIA ESTADUAL

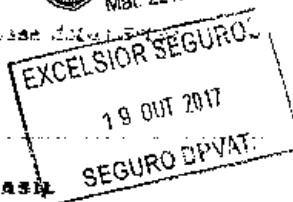
## Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência.

PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR ACIDENTE);  
MARIA APARECIDA DOS SANTOS (TESTEMUNHA);  
MARCELINO DOS SANTOS PINTO (VÍTIMA)

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

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de  
PESSOA DESCONHECIDA

Akson Leite  
Agente  
Mat. 221.100-9



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

PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo:  
Desconhecido Nacionalidade NÃO INFORMADO, PERNAMBUCO / BRASIL

MARCELINO DOS SANTOS PINTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
MARIA APARECIDA DOS SANTOS Pm: JORGE LUIZ PINTO DA SILVA Data de Nascimento:  
2/5/1988 Nacionalidade NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE FLORES, 17, RUA VER GERINO SILVIO QUEIROZ  
PITA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA APARECIDA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo:  
Feminino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO - BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE FLORES, 17, RUA VER GERINO SILVIO QUEIROZ  
PITA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL

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

29/05/2017 10:47



**CARRETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **PESSOA DESCONHECIDA**  
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO-TRATOR** **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Qus. Unidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

### Complemento / Observação

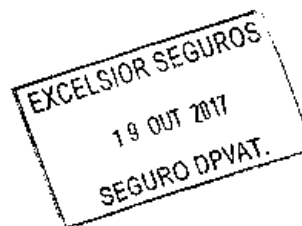
NA DATA DE HOJE O SR MARCELINO VEM A ESTA DEPOL COMUNICAR QUE CAMINHAVA AS MARGENS DA RUA SENTIDO FLORES - CONJUNTO EL DORADO, E QUE UM CAMINHÃO TRATOR QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO BATEU EM SEU BRACO ARREHECANDO-O AO SOLO. SUA MÃE ESTAVA PROXIMO E VIU O ACIDENTE E CORREU PARA SOCORRELO, LEVANDO-O AO HOSPITAL DE FLORES, CONFORME BOLETIM DE EMERGENCIA ANEXO. O COMUNICANTE INFORMA QUE NAO PODE INFORMAR NADA A RESPEITO DO CAMINHÃO TRATOR POIS FOI PEGO POR TRAS. SEM MAIS, ENCERRO ESTE TERMO.

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

*Marcelino dos Santos Pinto*  
**MARCELINO DOS SANTOS PINTO**  
**(VITIMA)**

*Akson Leite*  
**Akson Leite**  
**Agente**  
**Nat. 221.100-9**

B.O. registrado por **AKSON NOAN DE QUEIROZ LEITE NAT. 221100-9** - Matrícula: **221100-9**



29/05/2017 10:47





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES -  
DP179ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0269000234

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/05/2017 às  
10:50

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 2/5/2017 às 06:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, PE321, PROXIMO AO  
CONJUNTO EL DORADO - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO  
BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

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

**PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR / AGENTE)  
MARIA APARECIDA DOS SANTOS (TESTEMUNHA)  
MARCELINO DOS SANTOS PINTO (VITIMA)**

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

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
PESSOA DESCONHECIDA**

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

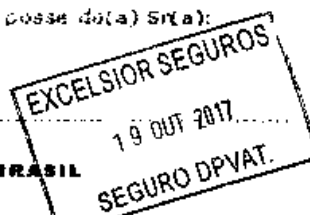
**PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo:  
Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**MARCELINO DOS SANTOS PINTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
MARIA APARECIDA DOS SANTOS Pai: JORGE LUIZ PINTO DA SILVA Data de Nascimento:  
2/8/1998 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE FLORES, 17, RUA VER GERINO SILVIO QUEIROZ  
PITA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA APARECIDA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo:  
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE FLORES, 17, RUA VER GERINO SILVIO QUEIROZ  
PITA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

Alexon Leite  
Agente  
Mat. 221.100-9



**CARRETA (VEICULO)** de propriedade de(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**  
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO-TRATOR/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Complemento / Observação**

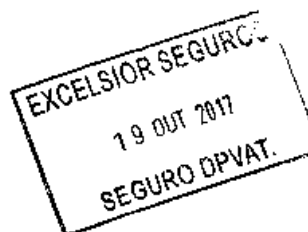
NA DATA DE HOJE O SR MARCELINO VEM A ESTA DEPOL COMUNICAR QUE CAMINHAVA AS MARGENS DA PE229 SENTIDO FLORES - CONJUNTO EL DORADO, E QUE UM CAMINHÃO TRATOR QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO BATEU EM SEU BRACO ARREMECANDO-O AO SOLO. SUA MAE ESTAVA PROXIMO E VIU O ACIDENTE E CORREU PARA SOCORRELO, LEVANDO-O AO HOSPITAL DE FLORES, CONFORME BOLETIM DE EMERGENCIA ANEXO. O COMUNICANTE INFORMA QUE NAO SABE INFORMAR NADA A RESPEITO DO CAMINHÃO TRATOR POIS FOI PEGO POR TRAS. SEM MAIS, ENCERRO ESTE TERMO.

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

*Marcelino dos Santos Pinto*  
MARCELINO DOS SANTOS PINTO  
(VITIMA)

*Akxon Leite*  
Akxon Leite  
Mat. 221.100-9

B.O. registrado por: **AKSON NOAN DE QUEIROZ LEITE MAT. 221100-9** - Matrícula: **221100-9**



Declaração de Inexistência



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Mancelino dos Santos Pinto, portador da carteira de identidade nº 7.642.543 e inscrito no CPF/MF sob o nº 074.173.714-00 residente e domiciliado na Rua Ven Genino Silva Queiroz Pita, 17, Eldorado Cidade Flora Estado PE, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do 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 a 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. 3º da Lei nº 6.194/74.

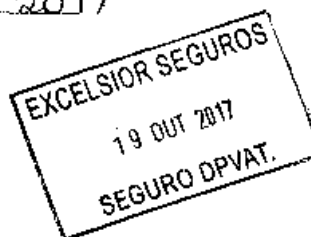
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Mancelino dos Santos Pinto

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Senna Talhada 26/09/2017

Local e data



# BRADESCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237      AGÊNCIA: 2373-6      CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELINO DOS SANTOS PINTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000035617-4

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO1312201705000000000023700586000000035617472500 PAGO

