



Número: **0010821-31.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GIL DIAS DA SILVA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60330 657	06/04/2020 14:59	<u>2710305_CONTESTACAO_01</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 33ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00108213120208172001

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

ARUANA SEGUROS S/A, empresa seguradora com sede à Rua Visconde de Piraja, 547 - Sala 802 - Ipanema - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22410-003, inscrita no CNPJ sob o número GHJK e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GIL DIAS DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **04/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 23/11/2019.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:59:14
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614591477700000059299434>
Número do documento: 20040614591477700000059299434

Num. 60330657 - Pág. 1

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir-a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto 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 ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 04/07/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) 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.

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



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

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

⁷art. 1º. (...)

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



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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 26 de março de 2020.

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:59:14
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614591477700000059299434>
Número do documento: 20040614591477700000059299434

Num. 60330657 - Pág. 6

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

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

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **ARUANA SEGUROS S/A** e **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **GIL DIAS DA SILVA**, em curso perante a **33ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00108213120208172001.

Rio de Janeiro, 26 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:59:14
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614591477700000059299434>
Número do documento: 20040614591477700000059299434

Num. 60330657 - Pág. 9



Número: **0010821-31.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GIL DIAS DA SILVA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60330 658	06/04/2020 14:59	<u>ANEXO</u>	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GIL DIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000012092-9

Nr. da Autenticação 5D73FFB2D3CF3C28



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:59:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614591490000000059299435>
Número do documento: 20040614591490000000059299435

Num. 60330658 - Pág. 1



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 25/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. Juiz de Fora, 111, Bco. Vista, Recife - PE - CEP 50050-902
CNPJ 10.035.822/001-09 / Fone: 81 3049-83 | www.cea.eletro.br

DADOS DO CLIENTE

GIL DIAS DA SILVA

CPF: 033.766.684-92

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	ENVIADO
018790018	1/10/2019	14/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
247032019	200115200	8143791

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SL-3185-521

ZONA RURAL MACAPARANA/MACAPARANA R
MACAPARANA/PE
55885-000

COTA CONTRATO	MÊS/ANO
7020274390	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA P/ PAGTO PRÓXIMA LEITURA
01/10/2019	25/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 23,27

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (MW)	36.0000000	0,09243043	3,22
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,04
ICMS Subvenção CDE- INF 671105630-25/07/19			0,18
Compenasação EMC 07/19			0,26

TOTAL DA FATURA

23,27

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
018790018	CAT	01/09/2019	01/09/2019	7.174,00	24/10/2019	7.410,00	29	1.00000		23,27

HISTÓRICO DE CONSUMO

MESMO ANO

SETE 19	30	7.174,00
AGO 19	30	7.174,00
AG 19	30	7.174,00
JUL 19	31	7.174,00
JUL 19	40	7.174,00
AGO 19	30	7.174,00
JUL 19	30	7.174,00
FEV 19	40	7.174,00
JAN 19	20	7.174,00
JUL 19	20	7.174,00
NOV 19	30	7.174,00

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

MESMO ANO

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
ICMS	23,27	10,00	2,34
PIS	23,27	0,01	0,18
COFINS	23,27	0,06	0,09

COMPONENTES DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 9,75	42,50%
Transmissão	R\$ 0,81	3,47%
Distribuição (CELPE)	R\$ 4,91	21,02%
Impostos de Energia	R\$ 1,55	6,54%
Energia Sistêmica	R\$ 1,18	4,97%
Tributos	R\$ 0,06	0,26%
Total	R\$ 23,27	100%

TARIFAS APLICADAS

2,4174000

RESERVADO AO FISCO

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:59:15
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614591490000000059299435

Número do documento: 20040614591490000000059299435

Num. 60330658 - Pág. 2



34ML
192

16.25
16.35

21.03

5649764.

Data de Solicitação: 04/07/2019
Objeto da Solicitação: queda de moto

<input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> DOMICILIO
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Clínico
<input type="checkbox"/> Centros Externos	<input type="checkbox"/> Centros Externos

QUESTION

内蒙古自治区

Phoenix Gil Dias da Silva, 40 años

Save Mail Fax

Ponto dos Almadares de Maurício

Supplier Emerson

B3B - 108

Sítio Xixa - Timbaúba - endereço da vítima

DISABILITIES, PHYSICAL AND MENTAL, OF THE VICTIM

Autos Automotores - Autos Motores - Autos

Queda de huesos, con sospecha de
Fractura en tercero. Fractura de
Fibula distal "E II".

55.5 C	100mm(HGT)	<input type="checkbox"/> Agitated - 100 mm
20	96	<input type="checkbox"/> 200mm (HGT)
P4: 100 x 90 mm (LxW)		

General
Office



HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 741732

Prontuário: 1124307

Nome: GIL DIAS DA SILVA
Data Nasc.: 16/04/1979 Idade: 40 Sexo: MASCULINO Cor: CNS: 706703720155326
CPF: 03576685493 RG: 5467512 N°: 510
Endereço: SITIO XIXA Cidade: TIMBAUBA Estado: PE
Bairro: ZONA RURAL Profissão:
CEP: 55875970 Fone: 93799619
Nome da Mãe: SEVERINA DIAS DA SILVA
Acompanhante: MARIA DE FATIMA

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA = 570015E | RELATA VINDO DO TRABALHO COLISÃO MOTO + CARRO APRESENTANDO DOR + EDEMA +

Acidente de Trabalho: Sim Não

2 - ATENDIMENTO DATA: 04/04/2016 HORA: 15:34 MÉDICO:

Exa Principal / HDA:

Roncante com fadiga de 24 horas. Mota bateu com o carro a velocidade de 40km/h. 100% de consciente.

Histórico do Trauma

Pérdida de Consciência: Sim Não Episódio Emergencial: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não

Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo:

Colisão: Sim Não Tipo: Motorista: Passageiro:

Atropelamento: Sim Não Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim Não Tipo: Sofreu Queda: Sim Não Altura:

Queimadura: Sim Não Por:

Condições de Imobilização Adequadas: Sim Não Transporte Realizado por:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral: *Consciente, orientado, respira regularmente, pulso regular, pressão arterial 120/80 mmHg, temperatura 37°C.*

Via aérea estável, pulso regular, pressão arterial 120/80 mmHg, temperatura 37°C.

B: Respiratório

RR: 16, Freq: 100, SPO2: 98%

C: Circulatório

PA: 120/80 mmHg, P脉: 60 bpm

ECG: Normal

D: Exames Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular: Escala: 15

Deficiências motoras: M5D M5F M1D M1F

Glasgow: Resposta Verbal:

Escala: Hora:

Pupilas: Isocônicas Anisocônicas

Glasgow: Resposta Motora:

Escala: Hora:

MHE: Síntoma, liga a multigangliar, UV profunda.



1 de 2

Scanned by CamScanner





GIL DIAS DA SILVA		01124307
741737	MASQUILHO	40a 3m 17/1
		CLINICA TRAUMATOLOGICA, CETRAU



Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:
FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNozELO ESQUERDO

Tratamento:
04/07/19: REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM TORNozELO ESQUERDO
30/07/19: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍTESE COM PLACA AL/CP + 02 PARAFUSOS CORTICais (SENDO 01
TRANSSINDESMOIDAL) + 04 PARAFUSOS BLOQUEADOS

OBS:
ORIENTAÇÕES: 1) CEPALEXINA 500MG, 01 CP, VO DE 8/16H POR 07 DIAS, ANALGÉSICO, 2) RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE
DR. JADER EM 15 DIAS, 3) CARGA ZERO EM MÉMBOro INFERIOR ESQUERDO (NÃO PISAR), DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE
MULETA, 4) DIURATIVO DIÁRIO; 5) EM CASO DE FEBRE E/OU INFECÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGENCIA.

Condições Clínicas (no momento da Alta)
BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
04/07/2019	01/08/2019

Dr. Mauricio Cesar
Médico
CRM: 27559

Racliffe, 01 DE AGOSTO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cidade - Recife - PE - 50630-066
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5500

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:59:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614591490000000059299435>
Número do documento: 20040614591490000000059299435

Num. 60330658 - Pág. 5



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: GIL DIAS DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 741732

1.1 - Atendimentos em: 04/07/19

1.2 - Às 19 horas e 34 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1124307

2.1 – Internado em: 04/07/19

2.2 - Alta em: 01/08/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

4. Tratamento: 1º CIRURGIA EM 04/07/19 = REDUÇÃO CRUENTA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR. 2º CIRURGIA EM 30/07/19 = REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍTESE DE FRATURA DO MALLEOLO LATERAL ESQUERDO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

DATA: 01.10.2019

HORA: 10:51:18

PASTA: 01.10.2019

TB

RS

Tadeu Buril
Cir. Vascular
CRM: 3019

Dr. Tadeu Buril.

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:59:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614591490000000059299435>
Número do documento: 20040614591490000000059299435

Num. 60330658 - Pág. 6

LAUDO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Unidade de Saúde	Município	Região de Saúde
Nome do Paciente	<i>Silviano da Silveira, 40 anos</i> <i>Este paciente de origem sertaneja faleceu há 50 h</i> <i>sem relato de perda de consciência e com morte, membros</i> <i>em eletro e deparado em óbito natural. E</i> <i>01 fratura de fíbula distal.</i>	
Quadro Clínico		
Diagnóstico		
Destino	Município	H de Saída
1º REMOÇÃO	<i>HGU - Serra 5720186</i>	
Motivo (Registro Detalhado)	<i>Arritmia da Tronco-Ortopédica</i>	
Assinatura do M. dico Assistente	Nº do C.R.M	Data
<i>Thierry Alencar Rocha</i>	<i>18.416</i>	<i>09/04/19</i>
Destino	Município	H de Saída
2º REMOÇÃO		
Motivo (Registro Detalhado)	<i>Falecido: 01 profundo e 05 - I e IV</i>	
Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M	Data
Autorizo a Transferência		
M. dico Chefe do Plantão		
Carimbo / Assinatura		
Confirmo o Motivo Administrativo		
Enfermeira Chefe do Plantão		
Carimbo / Assinatura		
Unidade Prestadora do Atendimento	Município	
Especificação do Atendimento Prestado		
Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M	Data

Scanned by CamScanner





GIL DIAS DA SILVA		01124307
741237	MASCULINO	40a 3m 17d.
		CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:
FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNozELO ESQUERDO

Tratamento:
04/07/19: REDUÇÃO INCRUENTA + APOIO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM TORNozELO-ESQUERDO.
30/07/19: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍTESE COM PLACA ACP + 02 PARAFUSOS CORTICais (SENDO 01 TRANSsINDESMÓIDIAL) + 04 PARAFUSOS BLOQUEADOS

OBS:
ORIENTAÇÕES: 1) CEFALEXINA 500MG: D1 CP, VO DE 6/6H POR 07 DIAS, ANALGÉSICO; 2) RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE DR JADER EM 15 DIAS; 3) CARGA ZERO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (NÃO PISAR), DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE MULETA; 4) CURATIVO DIÁRIO; 5) EM CASO DE FEBRE E/OU INFEÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGENCIA.

Condições Clínicas (no momento da Alta)
BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
04/07/2019	01/08/2019

Dr. Mauricio Cesar
Monteiro
CRM: 27559

Recife, 01 DE AGOSTO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gál. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ: 10.572.048/0005-51
fone - (81) 3184-5600

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:59:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614591490000000059299435>
Número do documento: 20040614591490000000059299435

Num. 60330658 - Pág. 8

Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: GIL DIAS DA SILVA REG: 1124307

Data da operação: 04/07/2019

Operador: DR. SERGIO TAVARES

1º auxiliar: auxiliar: DR. EMMANUEL COSTA (MR1)

2º auxiliar: DRA JULIANA PIVANTI (MR1)

Anestesista: O PLANTONISTA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA LUXAÇÃO DE TORNOZELO
ESQUERDO

**Tipo de operação: REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO
TRANSARTICULAR EM TORNOZELO ESQUERDO**

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia;
- 2) Antissepsia + assepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Observado fratura luxação de tnz esquerdo sob fluoroscopia;
- 5) Realizado redução incruenta de fratura luxação de tnz esquerdo;
- 6) Confirmado redução sob fluoroscopia;
- 7) Realizado aposição de fixador externo tubo a tubo transarticular em tornozelo esquerdo;
- 8) Confirmado redução mantida sob fluoroscopia;
- 9) Curativo estéril
- 10) Boa perfusão distal ao final do procedimento

01

DR. SERGIO TAVARES
04/07/2019

OBS: AVIAÇÃO DO GRUPO DO PÉ/TORNOZELO

OBS: TAMAÑO DO PINO DE SCHANZ DISPONÍVEL INCOMPATÍVEL COM O META DO PACIENTE. NAO FOI CONSEGUIDO ALINHAMENTO DO MESMO EM 45 GRADS. SISTEMA TRAVADO E BOA REDUÇÃO DO SISTEMA APESAR DO SCHANZ DO META N FICAR COMO PENSADO.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: GIL DIAS DA SILVA REGISTRO: 1124367

Data da operação: 30/07/2019

Operador: DR JADER 1º auxiliar: DR. HEBERT DR ABÍLIO CRUZ

Anestesista: PLANTONISTA

TORNOZELO ESQUERDO

Tipo de operação: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE
MALEOLO LATERAL ESQUERDO

Descrição cirúrgica:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local;
- 2) Garroteado MIE
- 3) Assepsia e antisepsia;
- 4) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 5) Observado fratura de fibula distal
- 6) Realizado redução cruenta + fixação com placa A-LCP tipo terço de cano com 2 parafusos corticais, sendo um deles transsidesmoidal e 4 parafusos bloquados
- 7) Curativo estéril;
- 8) Retirado garrote do MIE
- 9) Observado boa perfusão distal ao fim do procedimento.

Dr. Abílio Cruz
Ortopedia e Traumatologia
06/07/2019

02

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:59:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614591490000000059299435>
Número do documento: 20040614591490000000059299435

Num. 60330658 - Pág. 10

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



Abdômen

NU

Diagnóstico Inicial:

Febre, leucocitose, TITC, Coagul.

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

① Ag. Hemo para fármaco Univas

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Dr. Silvio Conte
Médico
CRM-PE-24.188

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo
Código Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Ass. Médico + Carimbo

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadu-se

Condicão de Alta:

Curado Melhorado
 Inalterado Piorado
 Óbito

Informação do Serviço Social:

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta Transferência Estudo de Caso Exames Externos

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nº da Identidade:

Nome completo legível:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade da Alta a Pedido:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nº da Identidade:

Nome completo legível:

Assinatura:

Cadastramento: 04/07/2019 19:34 h EDILENERS

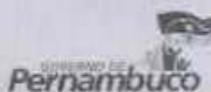
Impressão: 04/07/2019 19:34 h EDILENERS

Médico

Scanned by CamScanner



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: GIL DIAS DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 741732

1.1 - Atendimentos em: 04/07/19

1.2 - Às 19 horas e 34 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1124307

2.1 – Internado em: 04/07/19

2.2 - Alta em: 01/08/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

4. Tratamento: 1º CIRURGIA EM 04/07/19 = REDUÇÃO CRUENTA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR. 2º CIRURGIA EM 30/07/19 = REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTSE DE FRATURA DO MALEOLO LATERAL ESQUERDO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

DATA: 11.10.2019

HORA: 10:51:18

PASTA: 01.10.2019

TB

RS

Tadeu Burli
Cir. Vascular
CRM: 3019

Dr. Tadeu Burli.

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:59:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614591490000000059299435>
Número do documento: 20040614591490000000059299435

Num. 60330658 - Pág. 12



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:59:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614591490000000059299435>
Número do documento: 20040614591490000000059299435

Num. 60330658 - Pág. 13

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PROPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	4/7/14	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO DO MÉDICO:	4/7/14
NOME COMPLETO DA VITIMA:	Gio Dior do Silva		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fratura luxação Tornozelo E		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico Tornozelo E Alto 3/8/14			
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE: 1. A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. 2. A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o seguimento ou órgão atingido).			

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	Trilâmbio operatório membra (lateral)
2º	Adeno (+++) (com risco de articular)
3º	Fractura de articulação interna e externa
4º	Fractura de Olívia Monter, perda de extensão.
5º	Fractura (lateral)

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE <u>22/3/14</u> A <u>22/3/14</u> E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
<u>Coronel</u>	<u>22/3/14</u>
local	data
assinatura e carimbo	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

GIL DIAS DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

5467512 SSP PE

CPF

033.766.684-93

DATA NASCIMENTO

15/04/1979

FILIAÇÃO

JOAO MANOEL DA SILVA

SEVERINA DIAS DA SILVA

PERMISSÃO

PERMIS

ACC

PERMIS

CAT. HAB.

AD

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1217378150

Nº REGISTRO

02729907620

VALIDADE

03/12/2020

1ª HABILITAÇÃO

03/02/2003

OBSERVAÇÕES

sem observações

gil dias da silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

TIMBAUBA - PE

DATA EMISSÃO

03/12/2015

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

ASSINATURA DO EMISSOR

31823000944

PE069900140

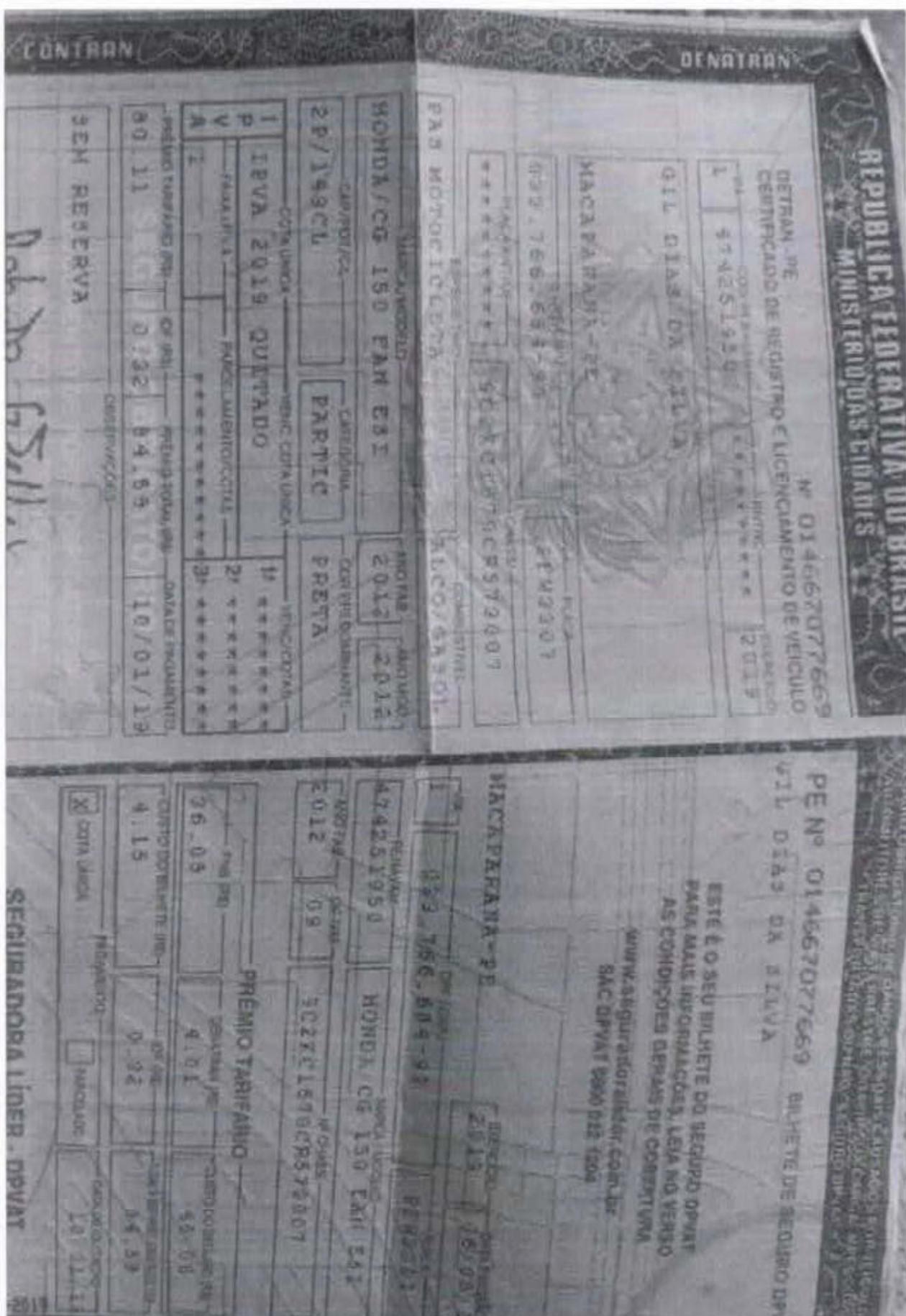
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1217378150





Scanned by CamScanner



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190664535
Nome do(a) Examinado(a): Gil Dias da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Xixa, S/N
Zona Rural Macaparana PE CEP: 55865-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 5467512
Data local do acidente: [04/07/2019]
Data local do exame: [06/12/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA LUXAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: FIXADOR EXTERNO, OSTEOSSINTESE, FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR.
Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO, COM EDEMA LOCAL, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A 20 GRAUS, DORSAL A 10 GRAUS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (++-++-), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
 Sim Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
 Sim Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO GRAVE DE TORNOZELO ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR, EDEMA LOCAL
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
 - a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

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

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

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

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

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


LEONARDO FARIAS NEVES
CRM/PE 17742



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:59:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2004061459149000000059299435>
Número do documento: 2004061459149000000059299435

Num. 60330658 - Pág. 17

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664535 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIL DIAS DA SILVA **Data do acidente:** 04/07/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame VITIMA COM EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO, COM EDEMA LOCAL, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A 20 GRAUS, **físico:** DORSAL A 10 GRAUS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (++++++)**, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.**

Resultados terapêuticos: FIXADOR EXTERNO, OSTE OSSÍNTESE, FISIOTERAPIA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO TORNOZELO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664535 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIL DIAS DA SILVA **Data do acidente:** 04/07/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame VITIMA COM EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO, COM EDEMA LOCAL, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A 20 GRAUS, **físico:** DORSAL A 10 GRAUS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (++++++)**, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.**

Resultados terapêuticos: FIXADOR EXTERNO, OSTE OSSÍNTESE, FISIOTERAPIA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO TORNOZELO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664535 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIL DIAS DA SILVA **Data do acidente:** 04/07/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P3,4,6,7,8,10

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ P12

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664535 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIL DIAS DA SILVA **Data do acidente:** 04/07/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P3,4,6,7,8,10

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ P12

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421751/19

Vítima: GIL DIAS DA SILVA

Data do acidente: 04/07/2019

CPF: 033.766.684-93

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GIL DIAS DA SILVA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GIL DIAS DA SILVA : 033.766.684-93

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/11/2019
Nome: GIL DIAS DA SILVA
CPF: 033.766.684-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GIL DIAS DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:59:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614591490000000059299435>
Número do documento: 20040614591490000000059299435

Num. 60330658 - Pág. 22



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

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190664535 **Vítima: GIL DIAS DA SILVA**

Data do Acidente: 04/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIL DIAS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00111/00112 - carta_01 - INVALIDEZ



00030056

Carta nº 15166417



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:59:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614591490000000059299435>
Número do documento: 20040614591490000000059299435

Num. 60330658 - Pág. 23



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

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190664535

Vítima: GIL DIAS DA SILVA

Data do Acidente: 04/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GIL DIAS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada

após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00083/00084 - carta_02 - INVALIDEZ



00050042

Carta nº 15178522



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:59:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2004061459149000000059299435>
Número do documento: 2004061459149000000059299435

Num. 60330658 - Pág. 24

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

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190664535 **Vítima: GIL DIAS DA SILVA**

Data do Acidente: 04/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GIL DIAS DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: GIL DIAS DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000877

Conta: 0000012092-9

Tipo: CONTA POUPANÇA



NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



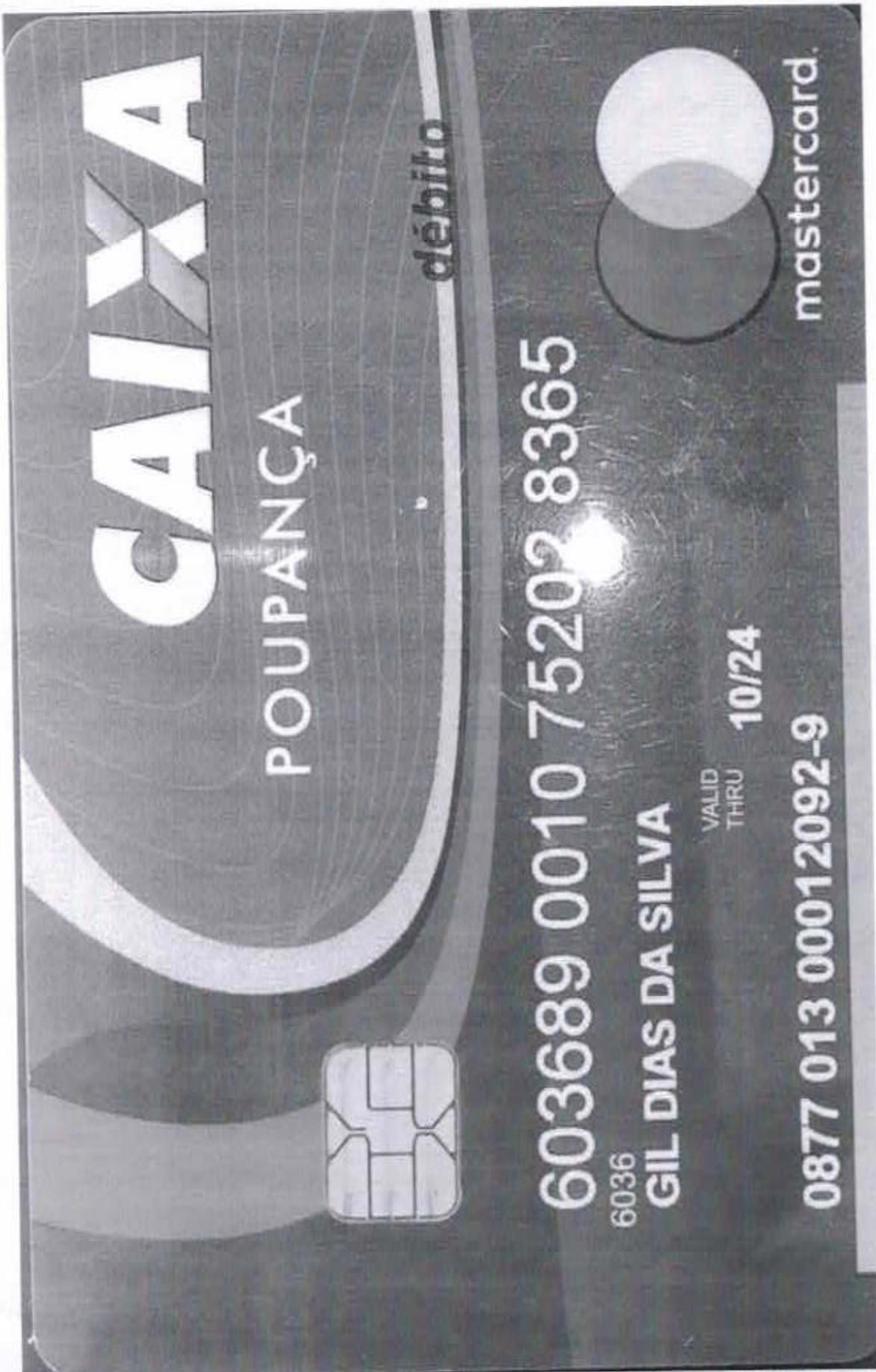


PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS	Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - CPF do solicitante ou ASL: 033366684-93 3 - CPF da Vítima: 033366684-93 Gil Silveira da Silva 4 - Nome completo da vítima: Gil Silveira da Silva 5 - Endereço: Rua 1000, Lote 100, nº 100, Bairro: Macapá, CEP: 68000-000, Cidade: Macapá, Estado: AP, CEP: 68000-000, ID: 500, Complemento: Centro 6 - CEP: 68000-000 7 - Profissão: Recepcionista 8 - Cidade: Macapá 9 - Número: 500 10 - Bairro: Centro 11 - Telefone: (963) 9430166999 12 - E-mail: gil.silveira@lider.com.br	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
13 - Nome completo: Gil Silveira da Silva 14 - Endereço: Rua 1000, Lote 100, nº 100, Bairro: Macapá, CEP: 68000-000, Cidade: Macapá, Estado: AP, CEP: 68000-000, ID: 500, Complemento: Centro 15 - Cidade: Macapá 16 - CEP: 68000-000 17 - Telefone: (963) 9430166999 18 - E-mail: gil.silveira@lider.com.br		
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR		
19 - Nome completo do Representante Legal: 20 - CPF do Representante Legal: 21 - Profissão do Representante Legal: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
22 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: 23 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) 24 - CONTA CORRENTE (Indicar o banco): Nome do BANCO: _____ AGENCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/Indemnização do Seguro DPVAT e que, se tiver direito, reconhecendo-o dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		
25 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, comprovando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74. Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso desacorde do seu conteúdo.		
26 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE 27 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Vívão <input type="checkbox"/> Data da óbito da vítima: 28 - Grau de parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: 29 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 30 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 33 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 34 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 35 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 36 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 37 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 38 - 1* Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____ 39 - 2* Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____ 40 - Local e Data: Macapá, 08/04/2020 41 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)		

Scanned by CamScanner



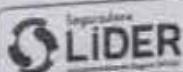


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:59:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614591490000000059299435>
Número do documento: 20040614591490000000059299435

Num. 60330658 - Pág. 27



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS		REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012					
1 - Nome completo: <i>Gil Quirin de Silva</i>		2 - CPF do segurado (nº 111) <i>033766684-93</i>		3 - CPF da vítima <i>033766684-93 Gil Quirin de Silva</i>		4 - Número de identificação da vítima: <i>033766684-93 Gil Quirin de Silva</i>	
		5 - Profissão: <i>Recepcionista</i>		6 - Endereço: <i>Gi Zica Aeoparana</i>		7 - Número: <i>550</i>	
9 - Bairro: <i>Zona Rural</i>		10 - Cidade: <i>Macapá</i>		11 - Estado: <i>AP</i>		12 - CEP: <i>68683-000</i>	
		13 - Telefone: <i>(65) 44304-6509</i>		14 - E-mail: <i>recep@...</i>		15 - Telefone: <i>(65) 44304-6509</i>	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR							
16 - Nome completo do Representante Legal: <i>Gil Quirin de Silva</i>							
17 - Nome completo do Representante Legal: <i>Gil Quirin de Silva</i>				18 - Profissão do Representante Legal: <i>Recepcionista</i>			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovaria anexo (ANEXAS CÓPIA).							
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:							
21 - DADOS BANCÁRIOS:		22 - BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO		23 - REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPIANÇA (Sómente para os bancos abaixo, não é possível informar)		<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR		<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1,000,00		<input type="checkbox"/> R\$2,501,00 ATÉ R\$5,000,00	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)		<input type="checkbox"/> Sem Renda		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)		<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todas as bancos)			
AGÊNCIA: <i>00000</i>		CONTA: <i>10009</i>		Nome do BANCO: _____			
<input type="checkbox"/> Informar o dígito se sim		<input type="checkbox"/> Informar o dígito se não		AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Informar o dígito se sim		<input type="checkbox"/> Informar o dígito se não		<input type="checkbox"/> Informar o dígito se sim			
Autentico a Seguradora Lider e creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a dano, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.							
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERNAMENTE							
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:							
<ul style="list-style-type: none"> • Não há IMI, que atenda a região do acidente ou da minha residência; • O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; • O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. 							
Solicito o prazo de 60 (sessenta) dias para a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, de acordo com a legislação, conforme o disposto na Lei 6.194/74.							
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso disconferir do seu conteúdo.							
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE							
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Vívo		24 - Data de falecimento da vítima: <input type="checkbox"/> 25 - Se a vítima deixou companheiro(x): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
26 - Vítima deixou filhos, informar quantos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		27 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: <input type="checkbox"/> 28 - Se a vítima deixou irmãos, informar quantos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
29 - Se tinha filhos, informar quantos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		30 - Vítima deixou irmãos, informar quantos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
31 - Vítima deixou irmãos, informar quantos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		32 - Se tinha irmãos, informar quantos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devulva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem sua condição, estando ciente, ainda, de que qualquer ameaça ou declaração não verdadeira poderá gerar a configuração de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.							
33 - 34 - Nome: 35 - CPF:		36 - Assinatura da testemunha					
37 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): <i>Gil Quirin de Silva</i>		38 - 39 - Nome: 40 - CPF:					
41 - Local e Data: <i>Macapá - 08/11/19</i>		42 - Assinatura da vítima/beneficiário (testemunha)					
43 - Assinatura do Representante Legal (se houver): <i>Gil Quirin de Silva</i>		44 - Assinatura do Procurador (se houver):					

Scanned by CamScanner

