



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
60330657	06/04/2020 14:59	<a href="#">2710305_CONTESTACAO_01</a>	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.**

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (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.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, 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 irretroatável 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, 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 ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (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 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 parciais<sup>4</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>5</sup>.

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\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

<sup>4</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 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.

<sup>5</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.”



### 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>6</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>7</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.

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 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;

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

<sup>7</sup>art. 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 exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

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

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: **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
60330658	06/04/2020 14:59	<a href="#">ANEXO</a>	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





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

**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-502  
CNPJ 10.835.832/0001-01 | INSC. EST. 0005943-03 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

GIL DIAS DA SILVA

CPF 033.768.884-90

**CLASSIFICAÇÃO**

B2 RURAL  
AGROPECUARIA RURAL

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

SIXTA 529

ZONA RURAL MACAPARANA/MACAPARANA R  
MACAPARANA PE  
55805-000

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
07878018	UNICA	24/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24/09/2019	2001M0627	8143791

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7020274390	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA 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 (kWh)	38,0000000	0,59243949	21,32
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,04
ICMS Subvenção CDE NF 071105839-25/07/19			0,18
Compensação EMC 0719			0,25
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>23,27</b>

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
919797793	CAT	08/09/2019	7374,00	24/09/2019	7410,00	24	1,00000		36,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/Ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO			
Set 19 36		ICMS	24,26	0,00	0,04	0,00	34,50%
Out 19 30		PIS	21,74	0,01	0,18	0,21	3,47%
Nov 19 30		COFINS	21,74	0,07	0,00	4,91	31,02%
Dez 19 30						1,15	5,94%
Jan 20 30						1,15	4,92%
Fev 20 30						0,00	0,00%
Mar 20 30						23,36	100%
<b>TAXAS APLICADAS</b>					24,74000		
<b>RESUMO DO FISCO</b>							

Scanned by CamScanner







SAMU  
192

SECRETARIA DE SAÚDE

16:25

16:35

21:03

Data de Solicitação: 04/07/2019  
Motivo de Solicitação: Queda de moto

5649764.

☒ VIA PÚBLICA

☐ DOMICILIO

☐ Clínico

☐ Clínico

☐ N/A

☐ OBSTETRÍCO

☐ Outras Especialidades

☐ Outras Especialidades

☐ N/A

☐ PSQUIÁTRICO

☐ ROTACIONAL

☒ TEMPO: 30 min B. Aires

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Gil Dias da Silva, 40 anos

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

Endereço: Ponto do Abatedouro da Mouriceia

Solicitação: Emerson

Era: 408

Localização: Sítio Xixa - Timbaúba - Endereço da vítima

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acid. Automotiva

Acid. Motocicleta

☐ Não

☐ Não

☐ Passageiro

☐ Passageiro

☐ Condutor

☐ Condutor

☐ Uso do Cinto

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

CAUSAS CRÔNICAS

Principais Causas Crônicas: Queda de moto, com suspeita de fratura no tornozelo.

Outras Causas Crônicas: Fratura de Fíbula distal "E"

Exatidão Clínica

34,5°C

117

96

96

96

96

96

96

96

96

96

96

96

96

96

96

96

96

Scanned by CamScanner

# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 741732

Prontuário: 1124307

Nome: GIL DIAS DA SILVA

Data Nasc.: 15/04/1979

CPF: 03378685493

Endereço: SÍTIO XIXA

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55875970

Nome da Mãe: SEVERINA DIAS DA SILVA

Acompanhante: MARIA DE FATIMA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA = 57201SE / RELATA VINDO DO TRABALHO COLISAO MOTO + CARRO APRESENTANDO DOR + EDEMA +

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

2 - ATENDIMENTO

DATA: 04/04/2020 HORA: 19:34

Médico:

Exa Principal / HDA:

*Lesão em articulação do cotovelo direito com dor e edema da M.E.  
sem lesões visíveis*

## História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐

Colisão: Sim ☒ Não ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☒

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☒

Queimadura: Sim ☐ Não ☒

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒

Observações:

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒

Tipo:

Tipo:

Tipo:

Tipo:

Tipo:

Por:

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

Motorista: ☐ Passageiro: ☒

Local de Impacto:

Só ou Queda: Sim ☐ Não ☒

Transporte Realizado por:

Por que:

## Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta aberta: Sim ☐ Não ☒ O paciente fala: Sim ☐ Não ☒ Temp: ☐

## B: Respiratório

*Muc. ANTI, IRA*

*ECG: 15*

C: Circulatório

PA

X

mm

Pulso:

lpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupils: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore

Escore

Escore

Hora

Hora

Hora

*ECG: 15*

*M.E: Lesão em articulação do cotovelo direito com dor e edema da M.E.*

*sem lesões visíveis*







GIL DIAS DA SILVA		01124307	
741737	MASCULINO	40a 3m 17m	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



**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 + OSTEOSINTESE COM PLACA ALCP + 02 PARAFUSOS CORTICAIS (SEND O 1  
TRANSINDESMOITAL) + 04 PARAFUSOS BLOQUEADOS

**OBS:**

ORIENTAÇÕES: 1) CEFALEXINA 500MG: 01 CP. VO DE 8/6H POR 07 DIAS; ANALGÉSICO, 2) RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE OR 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 INFECÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGÊNCIA.

**Condições Clínicas (no momento da Alta)**

BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

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

Dr. Maurício Cezar  
Médico  
CRM Nº 27559

Racife, 01 DE AGOSTO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº 27559

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-066  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3184-5600

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

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

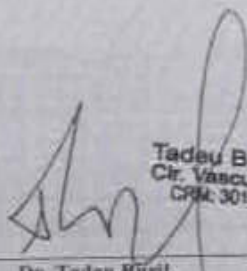
DATA: 1.10.2019

HORA: 10:51:18

PASTA: 01.10.2019

TB

RS

  
Tadeu Buri  
Cir. Vascular  
CRM: 3019

Dr. Tadeu Buri.

Scanned by CamScanner





Hospital Ermirio Coutinho



## LAUDO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Unidade de Saúde		Município	Região de Saúde	
Nome do Paciente <i>Sil Dias da Silva, 40 anos</i>				
Quadro Clínico <i>Acidente de trânsito motociclístico há 50 h, sem relato de perda de consciência e com hematomas, hematomas e edema de membros superiores e inferiores.</i>				
Diagnóstico <i>há o risco de fratura em fêmur distal e</i>				
<i>1) Fratura de fêmur distal E</i>				
1º REMOÇÃO	Destino	<i>HGV - São Paulo, 5700186</i>	Município	H de Saída
	Motivo (Registro Detalhado)	<i>Acidente de Trânsito - Motociclista</i>		
Assinatura do Médico Assistente	<i>Roberto Antonio Rocha</i>		Nº do C.R.M.	Data
	<i>18.116</i>		<i>04/04/19</i>	
2º REMOÇÃO	Destino		Município	H de Saída
	Motivo (Registro Detalhado)	<i>Fato: 1) Acidente de trânsito com lesão IV</i>		
Assinatura do Responsável			Nº do C.R.M.	Data
Autorizo a Transferência				
Médico 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	
741737	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 + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM TORNOZELO-ESQUERDO.  
30/07/19: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTESE COM PLACA ALCP + 02 PARAFUSOS CORTICAIS (SEND O1  
TRANSSINDESMOCIDAL) + 04 PARAFUSOS BLOQUEADOS

**OBS:**

ORIENTAÇÕES: 1) CEFALEXINA 500MG; 01 CP, VO DE 6/6H POR 07 DIAS, ANALGÉSICO; 2) RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE  
DA 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 INFECÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGÊNCIA.

**Condições Clínicas (no momento da Alta)**

BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

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

Dr. Maurício Cezar  
MONT  
CRM 27559

Recife, 01 DE AGOSTO DE 2019

MAURÍCIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordão - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3184-5600

Scanned by CamScanner



## 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

OBS: AVALIAÇÃO DO GRUPO DO PÉ/TORNOZELO

OBS: TAMANHO DO PINO DE SCHANZ DISPONÍVEL INCOMPATÍVEL COM O META DO PACIENTE. NÃO FOI  
CONSEGUÍDO ALINHAMENTO DO MESMO EM 45 GRÁUS. SISTEMA TRAVADO E BOA REDUÇÃO DO SISTEMA  
APESAR DO SCHANZ DO META N FICAR COMO PENSADO.

Dr. EMMANUEL COSTA  
CRM 11901

Scanned by CamScanner







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: 1124307

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 antissepsia;
- 4) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 5) Observado fratura de fíbula distal
- 6) Realizado redução cruenta + fixação com placa A-LCP tipo terço de cano com 2 parafusos corticais, sendo um deles transsiesmoidal e 4 parafusos bloqueados
- 7) Curativo estéril;
- 8) Retirado garrote do MIE
- 9) Observado boa perfusão distal ao fim do procedimento.

Dr. Abílio Cruz  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 27960

02

Scanned by CamScanner





# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E. Abdômen

NDU

Diagnóstico Inicial

Exatidão Inicial de TVZ Exatidão

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

① Ao Abaco para tratamento Unigênico

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames

Dr. Silvio Conte  
Médico  
CRM-PR 22.188

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

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

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ Piorado  
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome

Confirmação do Endereço

Providências

Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐

Observações:

Assist. Social:

Assist. Social

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 de Alta a Pedido:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, 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: 1ª CIRURGIA EM 04/07/19 = REDUÇÃO CRUENTA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR. 2ª CIRURGIA EM 30/07/19 = REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO MALEOLO LATERAL ESQUERDO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

DATA: 1.10.2019

HORA: 10:51:18

PASTA: 01.10.2019

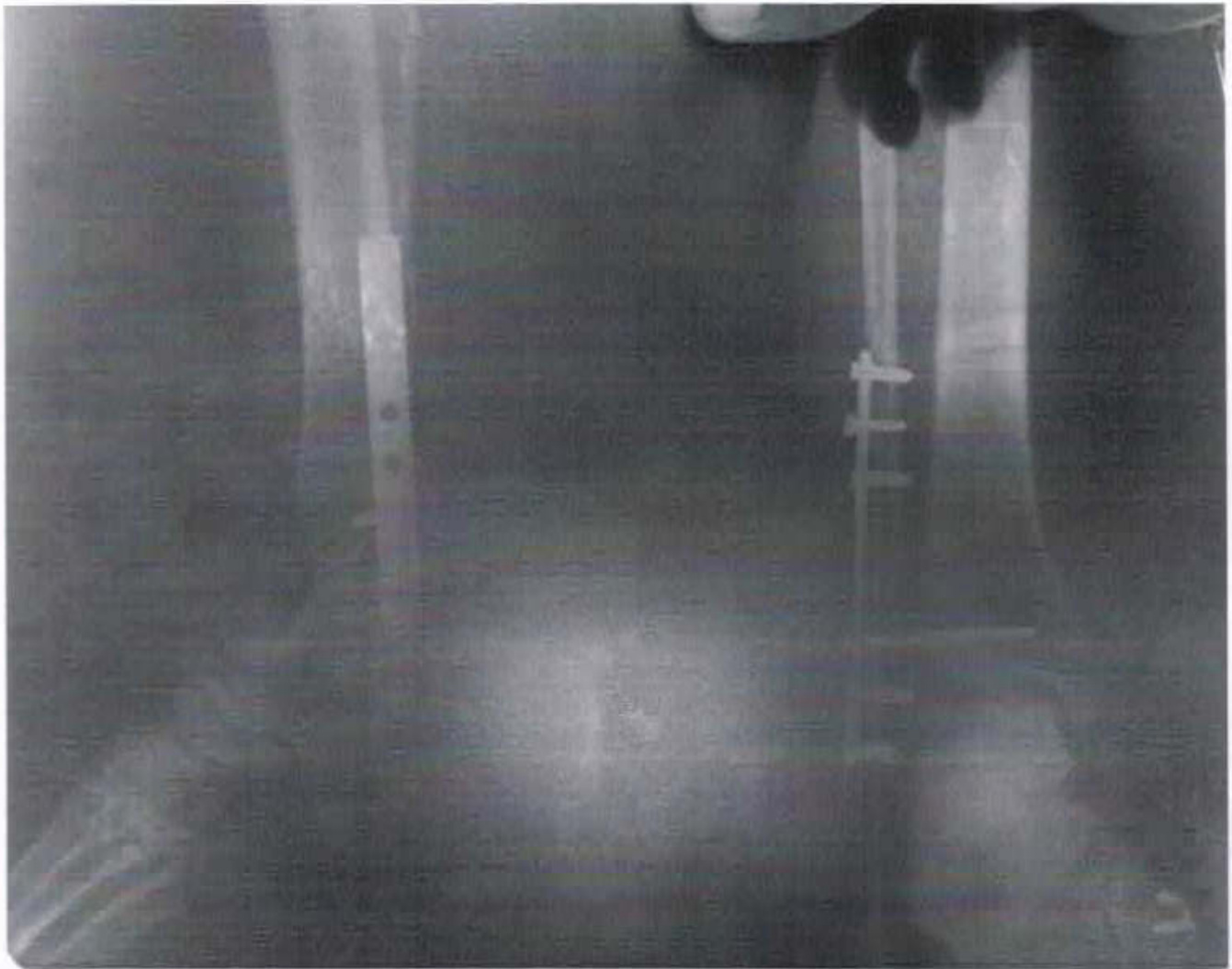
TH

RS

  
Tadeu Burli  
Cir. Vascular  
CRM: 3019  
Dr. Tadeu Burli.

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





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

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 4/7/14	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO DO MÉDICO: 4/7/14
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Gil Dias da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura luxação Tornozelo E	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico Tornozelo E Alto 5/8/14	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? SE POSITIVO DESCREVER: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> 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
1°	Período de observação membro com
2°	edema (+ + 14+), com rigidez articular
3°	plano de rotacão interna e externa
4°	plano de flexão/ extensão, perda de extensão
5°	45% grave

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 30 dias a 180 dias.		
Assinatura	data 22/3/14	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

ACC

CAT. HAB.

AD

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

*[Signature]*  
ASSINATURA DO EMISSOR

31823000944  
PE069900140

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1217378150

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1217378150

Scanned by CamScanner







**Lauda 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: V?TIMA N?O 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. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) 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 (\*).
- |  |   |
|--|---|
| ( ) "Vítima em tratamento"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>TORNOZELO - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo  | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 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 Neves  
Médico  
CRM/PE 17742



## 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 físico:** 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 CIRÚRGICA.

**Resultados terapêuticos:** FIXADOR EXTERNO, OSTEOSÍNTESE, 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 físico:** 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 CIRÚRGICA.

**Resultados terapêuticos:** FIXADOR EXTERNO, OSTEOSÍNTESE, 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			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>



## 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

**CPF:** 033.766.684-93

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

**Data do acidente:** 04/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GIL DIAS DA SILVA

### 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](http://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 Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

GIL DIAS DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso





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

Rio de Janeiro, 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,

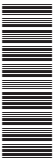
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15166417

Pag. 00111/00112 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030056





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

Rio de Janeiro, 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: INTERRUPTÃO 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





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

**Rio de Janeiro, 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

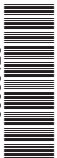
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00239/00240 - carta\_15R - INVALIDEZ

00030120





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - RPT do acidente ou AGL: 033166684-93 3 - CPF da vítima: 033166684-93 4 - Nome completo da vítima: Gil Quirós da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TAXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 463/2012

5 - Nome completo: Gil Quirós da Silva 6 - CPF: 033166684-93  
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Si Xixa 9 - Número: 520 10 - Complemento: Carre  
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Macapanema 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55265-000  
15 - E-mail: Motorista 16 - Tel (DDD): (81) 91304 6999

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUÇANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0331 CONTA: 19099 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
• 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 do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Se a vítima deixou um(a) filho(a): ☐ Sim ☐ Não 26 - Se a vítima deixou um(a) filho(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
27 - Se a vítima deixou um(a) filho(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Se a vítima deixou um(a) filho(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
29 - Se a vítima deixou um(a) filho(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
30 - Se a vítima deixou um(a) filho(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
31 - Se a vítima deixou um(a) filho(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
32 - Se a vítima deixou um(a) filho(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
33 - Se a vítima deixou um(a) filho(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): \_\_\_\_\_  
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): \_\_\_\_\_  
36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): \_\_\_\_\_  
37 - Local e data: Macapanema 28.11.19  
38 - Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_  
39 - Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

40 - Local e data: Macapanema 28.11.19  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Gil Quirós da Silva  
42 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

PPS.001 V002/2019

Scanned by CamScanner





# CAIXA

## POUPANÇA

débito



603689 0010 75202 8365

6036

GIL DIAS DA SILVA

VALID  
THRU

10/24

0877 013 00012092-9



mastercard.

Scanned by CamScanner





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASU: 03306684-93 3 - CPF da vítima: 03306684-93 4 - Nome completo da vítima: Gil Quares de Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 481/2012

5 - Nome completo: Gil Quares de Silva 6 - CPF: 03306684-93  
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: Si Xica 9 - Número: 520 10 - Complemento: Carce  
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Macapá 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55865-000  
15 - E-mail: mecânico 16 - Tel (DDD): 83 99304699

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para as contas abaixo. Anule a opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0330

CONTA:

19099

AGÊNCIA:

0330

CONTA:

19099

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• 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 do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gravidez Paralela com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐

30 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos: ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devulva, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas beneficiários que se apresentarem e provar em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

NÃO AUTORIZADO

X

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Macapá, 28.11.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (distantes)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)

FP3.001 V002/2019

Scanned by CamScanner

