

Controle x Audiência x Upload x Consulta x 0801193 x whasapw x WhatsApp x Tribunal x Portal do x Download x + -

Não seguro | tpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=261221&ca=f0421bda03ab3e928e... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... - Questões de conc...

Pje ProceComCiv 0801193-28.2019.8.18.0049 INDELSON PEREIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT ...

9811237 - CONTESTAÇÃO (2719256 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 20/05/2020 18:45:42

20 May 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9811233 - CONTESTAÇÃO
 - 9811237 - CONTESTAÇÃO (2719256 CONTESTACAO 01)
 - 9811238 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2719256 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9811239 - Procuração (Anexo 03 sub atos procuracao compressed web)
 - 9811240 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9811241 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

18:45

Microsoft Word - 2719256_CONTESTACAO_1_.doc 1 / 10

2719256- C3/2020-01830/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ELESBAO VELOSO/PI

Ativar o Windows
Ativar o Windows.
Exibir todos

protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf

18:46 20/05/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ELESBAO VELOSO/PI

Processo: 08011932820198180049

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **INDELSON PEREIRA**, 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 **25/06/2016**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **18/07/2016**.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

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)

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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 **25/06/2016**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

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

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

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

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

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

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

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸

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.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ **art. 1º. (...)**

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

CONCLUSÃO

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

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

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

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

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

Por fim, 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 **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ELESBAO VELOSO, 6 de maio de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	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 dentre os outros dedos da mão					
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/PI 10201, **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 nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob nº 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **INDELSO PEREIRA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **ELESBAO VELOSO**, nos autos do Processo nº 08011932820198180049.

Rio de Janeiro, 6 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

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

R\$ 149,32

VENCIMENTO

25/12/2018

EMISSÃO: 07/12/2018

POSTAGEN: 17/12/2018

FATURA: 3613257115

CLIENTE: 1.61423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACCESSO: 116 99999-3007

DEBITO AUTOMATICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/NOV A 06/DEZ

Serviços TIM S.A.	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 4,22
CHAMADAS FORA DA REDE TIM	R\$ 2,48
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 2,63

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

MENSALIDADES	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Vantagens que seu plano oferece			1	30	07/11 a 06/12	189,99
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	8/12	30	07/11 a 06/12	-50,00
Desconto Oferta TIM Pós C Plus						139,99
Subtotal					07/11 a 06/12	Incluído
10 GB de Internet	10GB	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
Minutos locais e DDD com 40	limitado	149m00s	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
TIM Music	-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
TIM Banca Virtual	-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
TIM Backup 30GB	-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a
 comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite
www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

[illegible]

DE SEGUROS

14 JAN 2019



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático e ganhe um bônus de Internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse o Meu TIM ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO 0000000912153676014	MÊS DE REFERÊNCIA DEZ/2018	DATA DE EMISSÃO 07/12/2018	DATA DE VENCIMENTO 25/12/2018	VALOR R\$ 149,32
---	-------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	---------------------

VIA FRANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

3452600001 - 2

49320109011-2

040361325711 - 6

50121536776 *1



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Indelso Pereira, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 019.484.493 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima
Indelso Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.484.493 / 53, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 7 de Setembro</u>	Número <u>244</u>	Complemento <u>Centro</u>
Cidade <u>Elói de Fátima</u>	Estado <u>Pi</u>	CEP <u>64.325-000</u>
E-mail <u>carladianasilva@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(86) 994022754</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99981.6008</u>

Elói de Fátima, 02 de Junho de 2019
Local e Data

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **Mateus Alves Soares**, RG nº **2973126**, data de expedição Órgão **SSP-PI**, portador do CPF nº **039930923-33**, com domicílio na cidade de **Morro Agudo**, no Estado de **São Paulo**, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) **João Batista Pavão**, nº **38**, complemento **Casa**, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **Indelso Pereira da Silva**, cujo o condutor era **Indelso Pereira da Silva**.

Veículo: **Motocicleta**

Modelo: **Honda CG 150 TITAN KS**

Ano: **2006-2007**

Placa: **DLY0257**

Chassi: **9C2KCO8107R086948**

Data do Acidente: **26\06\2016**

Local: **Morro Agudo**

Assinatura do Declarante

Mateus Alves Soares

1 CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

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

Indelso Pereira da Silva

17 DEZ 2018

Tabelião de Notas e de Protesto Alina M. de S. Lina
Rua. Emílio de Pinha, 57 - Centro - 14940-000 - Morro Agudo / SP - Fone/Fax: (19) 3851.1111
RECOPILADO POR: SERRAVALLO (A) FIZBATES de. 01 firma de
MATEUS ALVES SOARES, em documento com valor econômico de
que dou fé.
Morro Agudo, 17 de dezembro de 2018 17/12/2018-14
R\$ 6,00
WELINGTON DOS REIS FERREIRA - Escrevente Autorizado
0628AA0140800 - FISC
Válido Somente com o Selo de Autenticidade

Reconheço verdadeira a
firma

Indelso Pereira da Silva

Em testemunho, a

Fleabão Veloso-Rio de Janeiro, 18 de dezembro de 2018

Flávia Luiz do Vale Lora

Escrevente

Maria Inez do Vale Lora
Escrevente Substituta
Cartório 2º Ofício
Fleabão Veloso - RJ





**HOSPITAL
SÃO MARCOS**

BOLETIM DE INTERNAÇÃO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 612437
Registro : 33654
Paciente : INDELSO PEREIRA

Código :  CNS : 160506524230006

Beneficiário: 08540801859286197
Dat.Nasc.: 22/08/1987
Idade : 28A10M4D
Sexo : M
Estado civil : SOLTEIRO
Endereço : MARANHÃO 53
Bairro : CENTRO
Cidade : MORRO AGUDO
CEP : 14840000
Estado : SP
Fone : 92873650
Conjuge :
Nome Pai : IGNORADO
Nome Mãe : MARIA OLINDA PEREIRA
Raça/Cor : PARDA
Fone :
Documento : 50247093
Descrição da Ocupação: LAVRADOR SE
Nome Contato :
Telefone Contato :

DADOS DA INTERNAÇÃO

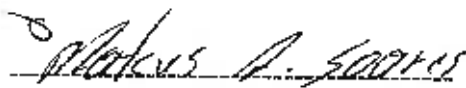
Médico : 84 MARCEL FRISENE
Convênio : 43 UNIMED FEDERAÇÃO RIB.PRETO -COOP.TRAB.MÉDICO
Guia : Vencimento da Guia :
Caráter : URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (URBANO)
Clínica : CLÍNICA MÉDICA
Dat Internação : 25/06/2016
Hr Internação : 20.55
Leito : 7B Padrão de Direito: APARTAMENTO STANDARD
Recepcionista: DAIANE CRISTINA DA SILVA

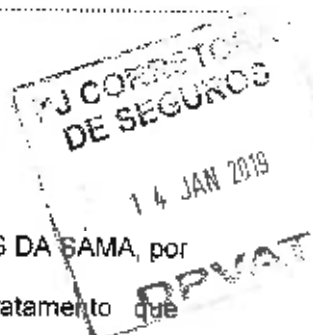
Diag Definitivo: Data Alta: / /

Tipo de Alta : () CURADO () MELHORADO () ENCAMINHADO
() ÓBITO () A PEDIDO () EVASÃO
() COMPLEMENTAÇÃO NO AMBULATÓRIO
() OUTROS:

AUTORIZAÇÃO

Eu, abaixo assinado, A U T O R I Z O o HOSPITAL SÃO MARCOS DA SAMA, por intermédio de seus médicos, a realizar todo e qualquer tipo de tratamento que necessite o paciente acima documentado, liberando-a doravante de toda e qualquer responsabilidade pelo que possa ocorrer, desde que os referidos procedimentos estejam de acordo com o Código de Ética da Associação Médica Brasileira.


Assinatura do Paciente/Responsável





HOSPITAL
SÃO MARCOS

Reg.:

32654

Qto./Leito:

Nome do Paciente:

Indelso Pereira

Idade:

DATA	HOR.	PA	P	T	FC	BCF	DIUR	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
25		12 X 8	90	76				21:00 Res. Paciente admitido nesta unidade hospitalar aos cuidados do Dr. Marcel, acomodado no leito, punção made acesso venoso em MSD com scalp 21 instalado. Rotoloxapio conforme prescrição médica, referindo alergia, região cervical afetado SSV e anolado.
26		12 X 8	88	75				21:00 Res. Paciente admitido nesta unidade hospitalar aos cuidados do Dr. Marcel, acomodado no leito, punção made acesso venoso em MSD com scalp 21 instalado. Rotoloxapio conforme prescrição médica, referindo alergia, região cervical afetado SSV e anolado.
06								21:00 Res. Paciente admitido nesta unidade hospitalar aos cuidados do Dr. Marcel, acomodado no leito, punção made acesso venoso em MSD com scalp 21 instalado. Rotoloxapio conforme prescrição médica, referindo alergia, região cervical afetado SSV e anolado.

Paula F. Reis Branco

Enfermeira

COBEN 198542

Paula F. Reis Branco

Enfermeira

COBEN 198542

COBEN 198542

14 JAN 2019

DEPARTAMENTO

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO
Ficha de Atendimento Ambulatorial Globalizada - FAAG

Prontuário
122485

Nº Atendimento: 835933 Sequencial: 1 Convênio: 54 - UNIMED C VALE DO ROSARIO
Prontuário: 122485 INDELSI PEREIRA
Data / Hora: 26/06/2016 14:12

Quarto/Leito:

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVANI nº 38. MARTINS LOURENCO

Cidade: MORRO AGUDO

Est. Civil: CASADO(A)

Sexo: M

Data Nasc: 22/08/1987

UF: SP RG:

CPF:

Empresa: SEV BIONERGIA S.A

Telefone: 11981984709

Raça/Cor: BRANCA

Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Telefone Empresa:

Pai:

Nº Convênio: 08540801659286197

Nº Cartão SUS:

Responsável: INDELSI PEREIRA

CPF:

RG:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Observações:

Local Raio X:

Sequência: Data: 26/06/2016 Hora: 14:12

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA
SALA DE TOMOGRAFIA

Anotações: TOMO LOCUNA CERVICAL, UNIMED AUT, EXTERNO

Materiais Utilizados

Código	Qtd	Prescrição Médica	Código	Qtde	Descrição
--------	-----	-------------------	--------	------	-----------

26
06
36
TOMOGRAFIA
Col cervical

SEM CONTRASTE

giquel

[Signature]

bs. ou Diagnóstico:

Polotoma Cervical

GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA
122824

J CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

ANA PAULA DE ABREU VITAL

Func. PS.

Paciente e ou

DPVAT

Declaro que estou ciente do atendimento realizado, medicamentos e materiais utilizados

Ficha de Internação e Alta

Lançamento: 186036

Dt. Internação: 26/06/2016

Hora: 14:37

Dados do Paciente

Nome: INDELSON PEREIRA

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Cidade: MORRO AGUDO

Fone Res. 11981984709

Fone Com.

Est. Civil: SOLTEIRO(A)

RG: 2050247093

CPF: 019.484.493-58

País:

Empresa: LDC

Nº do cartão do SUS:

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO

UF: SP CEP: 14640000

Fone Com.

Nascimento: 22/08/1987

Idade: 28

Certidão Nasc.:

Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Dados do Responsável

Nome: MATHEUS ALVES SOARES

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Cidade: MORRO AGUDO

Fone Res. (11)98198-4709

RG:

CPF:

Dados da Internação

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Caráter: URGÊNCIA

Médico:

Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Nº do Convênio: 08540801659286197

Lito: 114A

Acomodação: 1/2 APARTAMENTO

Observação:

Funcionário: ANA PAULA DE ABREU VIAL

Informações sobre Diagnóstico

Queixa principal e duração:

*Dor no TO 01
Centraliza*

História progressa da moléstia atual:

Pol. Trauma

Diagnóstico Provisório:

Código:

Diagnóstico Definitivo:

Código:

Moléstia Secundária:

Código:

Operação Realizada:

T. Tratamento conservador

Código:

Condições de Alta

() Curado

() Óbito

(X) Melhorado

() Necrópsia

() Mesmo Estado

Assinatura do Médico

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Data Hora

2016-16

o Sr. Lúcio de Almeida para tratamento clínico na Unidade
do Dr. Guilherme, vítima de acidente meteorológico
mantém coloração gástrica rufo alho no soro.
Prescritos remédios em MFC em julho 17 e
medicamentos conforme prescrição. *Lúcia Rizzato*
Enfermeira

Lúcia Rissato
C. de Enfermagem
COREN-025248

264 16

17 hrs: *Lucania* *melanocephala* - released collar cervical
into water. *Lucania* *melanocephala*

Luciano Rissuto
C. DE EDOARDO

266

[illegible]

05/02/27/6

Unif. Carlos SSW, 2 unidades. Juliana
Vaccinas referiu ter alguns. Nos Javaron, Terapias SSW
e medicado C.M. SSW por unidades Juliana

2/10.20

ata

TERAPIA TRANSFUSIONAL

TÉRCIA			
DATA INÍCIO	PRODUTO (S)	UNIDADE (S)	TÉRMINO
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	

CONTROLE DE ELIMINAÇÕES DE 24 HORAS

[illegible]

ASSINATURA:

Interno: 186036

Prontuário: INDELSON PEREIRA

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data: 26, 06, 16

Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Quarto/Leito: 114A

Prescrição Médica	QTD	Horário	Devol
1) Dieta Geral			
2) SF 1000	1000		
3) Dieta Proprio	02		
	200		
4) Dipirona	04		
5) Fimbrina	100/01		

[Handwritten signature]

[Stamp: Jaque]

Evolução Clínica:

*Politrauma mass. em 51/6/16
C. V. C. J. 12/15
C. V. C. J. 12/15*

Materiais Utilizados	QTD	Devol	Materiais Utilizados	QTD	Devol
Luvas	01		Agulha 3ml	01	
Agulhas	01		Agulha 40x12	01	
Alfex 2ml	01				
Agulha 22	01				
Agulha 5x10	80				
Fimbrina	01				
Agulha 3ml	06				
Agulha 25x8	04				
Agulha 40x12	02				

[Stamp: Jaque]

*DIGITAD
Elares*

Ponte Idelson Perinno, 28a,
Politeama,

Varite vítima de acidente de moto,
sem uso quando de ocorrência
em uso de corcova.

No Rx sem sinais suspeitos de fratura
de C5-C6.

Encaminhado para TC de col. Cervical
e avaliação da Neurologia
aos cuidados Dr. Guilherme.


Dr. Marcel Frisene
Ortopedia/ Traumatologia
CRM - SP 134582

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO

HBSA 53.311.999/0001-56

RUA 3 Nº 541 BAIRRO: CENTRO

ORLANDIA - SP CEP: 14620-000

Prontuário

122486

Ficha de Internação e Alta

Internação: 186123

Dt. Internação: 30/06/2016

Hora: 10:07

Dados do Paciente

Nome: INDELSON PEREIRA

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Cidade: MORRO AGUDO

Fone Res. 11981984709

Fone Com.

Est. Civil: SOLTEIRO(A)

RG: 50247093

CPF: 019.484.493-58

Pai:

Empresa: LDC

Nº do cartão do SUS:

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO

UF: SP CEP: 14640000

Fone Com.

Nascimento: 22/08/1987

Idade: 28

Certidão Nasc.:

Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Dados do Responsável

Nome: MATEUS ALVES SOARES

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Cidade: MORRO AGUDO

Fone Res. (11)98198-4709

RG:

CPF: 039.930.923-33

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO

UF: SP CEP: 14640-000

Dados da Internação

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Caráter: URGÊNCIA

Médico:

Clínica: 1 CLÍNICA

Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Nº do Convênio: 08540801859286197

Leito: 132B

Acomodação: 1/2 APARTAMENTO

Observação: 16 99366 4300

Funcionário: PATRICIA APARECIDA TOSTES

Informações sobre Diagnóstico

Queixa principal e duração:

História pregressa da moléstia atual:

Diagnóstico Provisório:

Código:

Diagnóstico Definitivo:

Código:

Moléstia Secundária:

Código:

Operação Realizada:

Código:

Condições de Alta

() Curado

() Óbito

() Melhorado

() Necropsia

() Mesmo Estado

Assinatura do Médico

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO
Ficha de Atendimento Ambulatorial Globalizada - FAAG

Prontuário

122485

Atendimento: 836583 Sequencial: 1 Convênio: 54 - UNIMED C VALE DO ROSÁRIO
Prontuário: 122485 INDELSO PEREIRA
Data / Hora: 30/06/2016 11:45

Quarto/Leito:

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVANI nº 38, MARTINS LOURENCO

Cidade: MORRO AGUDO

Est. Civil: CASADO(A)

Sexo: M

Data Nasc: 22/08/1987

UF: SP RG: 50247043

CPF:

Telefone: 11981984709

Raça/Cor: BRANCA

Empresa: BIOSEV BIONERGIA S.A

Telefone Empresa:

Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Pai:

Nº Cartão SUS:

Nº Convênio: 08540801659288197

Responsável: INDELSO PEREIRA

CPF:

RG: 50247043

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Observações: 3851 5823

Local Rolo-X:

Sequência Data: 30/06/2016 Hora: 11:45

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA
320 SALA DE TOMOGRAFIA

Anotações: CT COLUNA TORAXICA / UNIMED EXTERNO

Materiais Utilizados

Código	Qtde	Prescrição Médica	Código	Qtde	Descrição
--------	------	-------------------	--------	------	-----------

TOMOGRAFIA
Coluna Torácica
SEM CONTRASTE
DIGITADO



GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA
122824

Obs. ou Diagnóstico:

Para Tux Coluna Torácica

PATRICIA APARECIDA TOSTES

Func. PS.

Paciente e ou

Declaro que estou ciente do atendimento realizado, medicamentos e materiais utilizados.

DATA: 05/11/2017

Para preenchimento do Técnico

Preenchimento obrigatório para a realização dos exames:

TÉCNICO: WCA

Urografia Excretora

Histerossalpingografia

Tomografia Computadorizada Coluna Torácica

TIPO DE EXAME:

() COM CONTRASTE (X) SEM CONTRASTE

CONVÊNIO: Unimed CÓDIGO: 08540004659286 197 MÉDICO SOLICITANTE: Dr. PauloNome do Paciente: IADELSO PereiraRG: 50247093 CPF: 019.484.493Sexo: () Fem. (X) Masc. Peso: 60 Kgs Idade: 28 anos Data de Nascimento: 22/08/1989Profissão: Op. Maquinista Fone: (16) 3851-5823Endereço: Rua João B. Pavani Nº 38Bairro: Matias João Cidade: Morro Agudo Estado: SP CEP: 14640Nome do Pai: Maria Olimpia Pereira Nome da Mãe: _____**Os itens abaixo deverão ser respondidos com muita atenção, pois os mesmos podem mudar a conduta do médico radiologista.**

- 01- Você tem asma? () SIM (X) NÃO
- 02- Você tem algum tipo de alergia? () SIM () NÃO
- 03- Você tem alergia a algum medicamento? () SIM () NÃO Qual? _____
- 04- Você tem alergia a algum alimento? () SIM () NÃO Qual? _____
- 05- Você tem algum tipo de Cardiopatia ou sofre do Coração () SIM () NÃO
- 06- Você tem pressão alta? () SIM () NÃO
- 07- Você tem Diabetes? () SIM () NÃO

Em caso Positivo:**Antes da realização do exame é necessário verificar os níveis de glicemia e as provas de função renal e se toma a antihipertensivante oral (Glifage 850 mg ou Glucoformina-Cloridrato de Metformina).****Se fizer uso de alguns destes medicamentos, o mesmo deverá ser suspenso por 48 horas, pois se for injetado o contraste no paciente, poderá apresentar insuficiência renal aguda. Não hesite em nos informar.**

- 08- Você já realizou algum exame de raio-x em que injetou contraste? () SIM () NÃO

Em caso Positivo:

- Teve algum tipo de reação ao contraste? () SIM () NÃO

- 09- Você já foi submetido a alguma cirurgia? () SIM () NÃO

Qual parte do corpo? _____ Motivo: _____

- 10- Porque seu médico solicitou este exame: _____

Este questionário é muito importante para a equipe médica. Você será submetido (a) a um exame em que se injetará por via venosa contraste iodado. Este poderá ou não causar-lhe algum tipo de reação alérgica.**Qualquer dúvida comunique-se com nossas recepcionistas que irão orienta-lo (a).**_____
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO

Prontuário

122486

53.311.999/0001-56

RUA 3 Nº 941 BAIRRO: CENTRO

ORLÂNDIA - SP CEP: 14620-000

Ficha de Internação e Alta

Internação: 186202

Dt. Internação: 05/07/2016

Hora: 09:44

Dados do Paciente

Nome: INDELSON PEREIRA

Nº do cartão do SUS: 160 5065 2423 C006

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO

Cidade: MORRO AGUDO

UF: SP CEP: 14640000

Fone Res. 11981984709

Fone Com.

Fone Com.

Est. Civil: SOLTEIRO(A)

Nascimento: 22/08/1987

Idade: 28

RG: 50247093

CPF: 019.484.493-58

Certidão Nasc.:

Pai:

Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Empresa: LDC

Dados do Responsável

Nome: MATEUS ALVES SOARES

Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO

Cidade: MORRO AGUDO

UF: SP CEP: 14640-000

Fone Res. (11)98198-4709

RG:

CPF:

Dados da Internação

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Caráter: URGÊNCIA

Médico:

Clínica: 2 CIRÚRGICA

Convênio: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Nº do Convênio: 08540801659286197

Leito: 130B

Acomodação: 1/2 APARTAMENTO

Observação: 16 99366 4300

Funcionário: PATRICIA APARECIDA TOSTES

Informações sobre Diagnóstico

Queixa principal e duração:

Fratura Torácica

História pregressa da moléstia atual:

Acidente moto

Diagnóstico Provisório:

Código:

Diagnóstico Definitivo:

Código:

Moléstia Secundária:

Código:

Operação Realizada:

Tratamento Clínico - Artrorred.

Código:

Condições de Alta

() Curado

() Óbito

(X) Melhorado

() Necropsia

() Mesmo Estado

Assinatura do Médico

Digitado

HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTÔNIO



NOTA CENTRO CIRÚRGICO

Nº 44056

Registro Nº	Convênio	Data	Nome do Médico
186202	Unimed A	06/07/16	Dr. Guilherme

Identificação do Paciente

Equipe Médica

Nome	Cirurgião
Incelson Pereira	Dr. Romanez

Cirurgia

Anestesia

Início	Término	Início	Término	1º Auxiliar
13:20	15:45	13:00	15:45	Dr. Guilherme

Cirurgia	2º Auxiliar
Artroscopia de Coluna L4/L5 Posterior	Dr. Roberto Romanez

Equipamentos Cirúrgicos	3º Auxiliar

☒ Arco cirúrgico ☒ Bisturi Elétrico ☒ Bisturi Bipolar ☒ Capinógrafo ☐ Microscópio ☒ Oxigênio 03 l/min In: 13:20 Term. 15:45	☒ Monitor Cardíaco ☒ Oxímetro de pulso ☐ CO2 ☐ O2 Aparelhagem ☐ Nitrogênio	Anestesista Dr. Antônio / Dr. Christiano Instrumentador Paula / Eliana Circulante Anickeli + Monique
---	---	---

ÓRTESE E PRÓTESE

08 unid parafusos pediculares poli 5.5x40	
08 unid parafusos	
02 unid barras 120mm	
02 Crow link 36-42	01 unid Opote

MATERIAIS DIVERSOS

Qtde	Tipo	Especificação	Qtde	Tipo	Especificação
01	unid	transfex	01	unid	Mac 0126
01	unid	seringa 60ml. 30	01	unid	Amnina gelada
01	unid	camisa sem			
01	unid	cera oss			
01	amp	Clonidina			
03	env	nylon 30 cl 3			
04	env	nylon 1 cl 3.7			
02	env	nylon 20 cl 3			
02	unid	gazez 30x40			
01	amp	Humagel			

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Data/Hora

14

Vaciando sacaninho do goiabinho da per
 manha e da noite TE 0222561
 Vaciando calmo no tubo
 mantendo colite, opre do 5 8
 segue sob em do bbs.

586660

20

Recurso em favor da quantidade de in-
veniente sem quebra, apêndice 550. Mawulho 8/16

5

Florent Quentado, dormiu sem roupa
algas florido. S.O.V. - Sem nenhuma medida
na plantar. Alcega do lado 831 & 41 —

9/2 10,80 alta

TERAPIA TRANSFUSIONAL

DATA/INÍCIO	PRODUTO (S)	UNIDADE (S)	TÉRMINO
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	
		() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08	

CONTROLE DE ELIMINAÇÕES DE 24 HORAS

HORÁRIO	DIURESE	ASPECTO	DRENO	ASPECTO	EVACUAÇÕES	ASPECTO	CONT. GÁSTRICO
TOTAL							

ASSINATURA:

RECEITUÁRIO

INDELSO PEREIRA

PACIENTE COM FRATURA INSTÁVEL EM COLUNA TORACICA
SERÁ SUBMETIDO à ARTRODESE VIA POSTERIOR.

GUILHERME BARBENTLEME DA COSTA
ORTOPEDIA & TRAUMATOLOGIA
CRM: 122.824/1 (BOT) 11.546

ORLÂNDIA, 05 de JULHO de 2016

RADIOLOGIA CLINICA ORLANDIA LTDA

Rua Três, 1071 - Centro - Orlandia-SP - CEP: 14.620-000 - Fone:(16) 3826-1300

Paciente INDELSON PEREIRA

Ident. 635727

Médico Dr.(a) GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data 06/07/2016

Sexo Masculino

Idade 28a, 10m, 14d

Convênio UNIMED INTERNADO

RADIOSCOPIA P/ PROC. CIRÚRGICO

Radioscopia para procedimento cirúrgico.



Dr. Gustavo Conti
CRM 49.716

Dr. Mateus J. C. Arndt
CRM 113.283

Dra. Marília C. Arndt Peixoto
CRM 126.361

Dr. Adauto C. Arndt
CRM 117.086

Dr. Alexandre A. S. Arndt
CRM 18.956

RADIOLOGIA CLÍNICA ORLÂNDIA LTDA

Rua Três, 1071 - Centro - Orlandia-SP - CEP: 14.620-000 - Fone:(16) 3826-1300

Paciente INDELSON PEREIRA

Ident. 644171

Médico Dr.(a) GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data 30/08/2016

Sexo Masculino

Idade 29a. 0m, 8d

Convênio UNIMED AMBULATÓRIO

COLUNA TORÁCICA

Artrodese posterior consolidada torácica, fixada por material metálico.

Colapso parcial de T 7.

Espaços disciais conservados.

RADIOLOGIA CLINICA ORLANDIA LTDA

Rua Três, 1071 - Centro - Orlandia-SP - CEP: 14.620-000 - Fone: (16) 3826-1300

Paciente INDELSON PEREIRA

Ident. 634647

Médico Dr.(a) GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Data 30/06/2016

Sexo Masculino

Idade 28a, 10m, 8d

Convênio TOMOGRAFIA

T.C. DA COLUNA TORÁCICA BAIXA

TÉCNICA:

Exame realizado em Aparelho de Tomografia Computadorizada Espiral com aquisição de imagens de 3,0 mm de espessura e reconstruídas a cada 1,5 mm, de toda a coluna dorsal. Foram feitas reconstruções nos planos coronal e sagital, e axiais nos espaços de disco.

DESCRIÇÃO:

Fratura completa com achatamento do corpo vertebral de T 7. Há fratura também do platô vertebral superior do corpo de T 8.

Não há desvios posteriores de fragmentos ósseos.

Canal vertebral livre e de calibre preservado.

Há discreta luxação lateral esquerda do corpo vertebral de T 7 sobre T 8.

Demais corpos vertebrais, elementos posteriores e arcos costais íntegros

CONCLUSÃO: Quadro tomográfico compatível com:

Fratura do corpo vertebral de T 7 e platô superior de T 8, com discreta luxação lateral T 7 - T 8.

J CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2012

DPVAT

Dr. Gustavo Conti
CRM 49.716

Dr. Mateus J. C. Arndt
CRM 113.283

Dra. Marília C. Arndt Peixoto
CRM 126.361

Dr. Adauto C. Arndt
CRM 117.086

Dr. Alexandre A. S. Arndt
CRM 18.956

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
INDELSON PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
50247093 SSP/PI

CPF
019.484.493-58

DATA NASCIMENTO
22/06/1987

FILIAÇÃO
MARIA OLINDA PEREIRA

PERMISSÃO
A1

ACC
A1

CAT. HAB.
A1

NR HABILITACAO
04230079701

VALIDADE
24/03/2021

DT HABILITACAO
07/11/2007

EXERC. ATIVIDADE REMUNERADA

Indelso Pereira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
MORRO AGUDO, SP

DATA EMISSAO
07/04/2016

90423280721
88809133223

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - SP (SAO PAULO)

VÁLIDA EM TODAS
O TERRITÓRIOS NACIONAIS
1198257895

PRESENTE PLASTIFICAR
1198257895



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

PL: 0425120257-0 Nº 011519876704
DETAN-SP
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2014

VIA - CDD RENAVAM - MATR.C. - EXERCÍCIO
1 00920160638 ***** 2014

NOME: MATEUS ALVES SOARES

PLACA: DYLO257
CFV / CNPJ: 00003993092333

PLACA NT / UF: DYLO257/SP
CHASSI: 9C2KCO8107R086948

ESP. TIPO: PAS / MOTOCICLO / NAO APLIC
COMBUSTÍVEL: GASOLINA

ANO FAB: 2006
ANO MOD: 2007

CATEGORIA: PARTICU
COR PREDOMINANTE: VERMELHA

CAP. POT. / CL: 2L / 0149CC
VENO / COTAS: 1.00000000

PASS. LULA: 0028070...
PARCELAMENTO / COTAS: COD. MUN. 286-0

PREMIO TOTAL (R\$):
DPVAT PAGG

SEM RESERVA

DIADENA

DATA: 22/09/2014
002971126

CONTINUA

14 JAN 2015
CORRETORA DE SEGUROS

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

SP Nº 011519876704 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2014
DATA EMISSÃO: 22/09/2014

VIA: 1
CFV / CNPJ: 00003993092333
PLACA: DYLO257

RENAVAM: 00920160638
MARCA / MODELO: HONDA / CG 150 TITAN KS

ANO FAB: 2006
ANO MOD: 2007
CHASSI: 9C2KCO8107R086948

PREMIO TARIFARIO

PIS (R\$): 129,04
DENATRAM (R\$): 14,34
CUSTO DO SEGURO (R\$): 143,37

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15
DPV (R\$): 1,11
CUSTO DO SEGURO (R\$): 292,01

VDR INFORMATIVO, CASO SEGURO INTEGRAL

SEQUESTRADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.318.808/0001-04
www.segurosdpvato.com.br

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032450

Cidade: São Paulo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: INDELSON PEREIRA

Data do acidente: 25/06/2016

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CORPO DA 7ª VÉRTEBRA E DO PLATÔ SUPERIOR DA 8ª VÉRTEBRA DA COLUNA TORÁCICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA COLUNA TORÁCICA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO SEGMENTO TORÁCICO DA COLUNA VERTEBRAL.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032450 **Cidade:** São Paulo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: INDELSON PEREIRA **Data do acidente:** 25/06/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CORPO DA 7ª VÉRTEBRA E DO PLATÔ SUPERIOR DA 8ª VÉRTEBRA DA COLUNA TORÁCICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA ESTRUTURA TORÁCICA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO SEGMENTO TORÁCICO DA COLUNA VERTEBRAL.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Indelso Pereira BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL casado PROFISSÃO Operador de Máquina RGN. 950244093 CPF/ME
Nº 019.484.493-58 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
RUA localidade: Xique Xique S/n Zona Rural
CIDADE DE Elesbão Veloso - Piauí
ESTADO Piauí CEP 64.325-000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 340.324.433-53 E RG SOB
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO QTO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº264 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Elesbão Veloso - Piauí, 14 de Dezembro de 2018

CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

Reconheço Verdadeira

firma

Indelso Pereira

Em testemunha

Elesbão Veloso

Escritório

Maria de Lourdes Leal Sousa
Escritório - Compromissada
Cartão nº 01010
Elesbão Veloso - PI

OUTORGANTE

Comarca de Elesbão
Cartório do 2º
(86) 3285



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0014791/19

Vítima: INDELSON PEREIRA

CPF: 019.484.493-58

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/06/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: INDELSON PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

INDELSON PEREIRA : 019.484.493-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/01/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190032450

Vítima: INDELSON PEREIRA

Data do Acidente: 25/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), INDELSON PEREIRA

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, contados 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTALIDADE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

00/14781/19 019.484.493-58 Indelso Pereira.

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

Nome completo:

Indelso Pereira.

Profissão:

de Maquinaria

Endereço:

Quilombo Xique Xique

Bairro:

zona rural

E-mail:

Recusado - 02.

CPF:

019.484.493-53.

Número:

5711

Complemento:

zona rural

CEP:

64.325-000

Tel./DDD:

(86) 9981 6008

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na perícia apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/vivos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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.

Inscrição
cópia da
assinatura
do beneficiário
não diferenciado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A Seguradora Líder não se responsabiliza por danos decorrentes de falsificação de dados. É necessário anexar cópia da identidade, CPF e comprovante de residência de todos.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0014781/9 CPF da vítima: 019.484.493-58 Nome completo da vítima: Indelso Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

Nome completo: Indelso Pereira CPF: 019.484.493-58

Profissão: de Magistério Endereço: Quilombo Xique Xique Número: 571 Complemento: zona rural

Bairro: zona rural Cidade: Elóiás Veloso Estado: RJ CEP: 64.325-000

E-mail: Recusado - 02 Tel./DDD: (86) 9981 6008

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: DO BRASIL

AGÊNCIA: 0328 CONTA: 47.756 3

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na perícia apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização, avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/vivos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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.

Local e Data: Elóiás Veloso RJ 02/01/2019

Nome: Indelso Pereira

CPF: 019.484.493-58

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Indelso Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: FJ CORRETORA DE SEGUROS

CPF: 14 JAN 2019

Assinatura: DPVAT

2ª Nome: DPVAT

CPF: DPVAT

Assinatura: DPVAT

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A Seguradora Líder não se responsabiliza por danos decorrentes de falsificação de dados. É necessário anexar cópia da identidade, CPF e comprovante de residência de todos.



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.MORRO AGUDO

Folha :1

Boletim No.: 869/2016

INICIADO:18/07/2016 14:50hs e FMTTIDO:18/07/2016 15:27hs

KRLQCCBDJEEFO^B

Boletim de Ocorrência de Autoria Conhecida.

Natureza(s):

Espécie: T. 9503/97 Código de Trânsito Brasileiro

Natureza: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303)

Consumado

Local: RUA PAULO NISHI, 0 - MORADA DO LAGO - CEP: 14640-000
MORRO AGUDO SP

Tipo de local: Via pública Via pública

Circunscrição: DEL. POL. MORRO AGUDO

Ocorrência: 25/06/2016 às 20:35 horas

Comunicação: 18/07/2016 às 14:45 horas

Elaboração: 18/07/2016 às 14:50 horas

Flagrante: Não

Vítima:

INCELSON PEREIRA - Presente ao plantão - RG: 50247093-PI

Exibiu o RG original: Sim - Mãe: MARIA CLINDA PEREIRA

Natural de: ELESBAO VELOSO -PT - Nacionalidade: BRASILEIRA

Sexo: Masculino - Nascimento: 22/08/1987 28 anos

Estado civil: Divorciado - CPF: 01948449358

Advogado Presente no Plantão: Não - Cutis: Branca

Endereço Residencial: RUA JOAO BATISTA PAVANI, 38 - JARDIM MARTINS LOURE

CEP: 14640-000 - MORRO AGUDO - SP - Telefones: (16)99146-0206

(Residencial)

Testemunha:

- MATEUS ALVES SOARES - Presente ao plantão - RG: 2973126 PI

Exibiu o RG original: Sim - Pai: JOSE DAMACENO SOARES

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES DE MACEDO - Natural de: NOVO ORIENTE PIAUI

Sexo: Masculino - Nascimento: 02/04/1987 29 anos - Estado civil: Ignorado

CPF: 03993092333 - E-mail: MATEUSALVES87@HOTMAIL.COM

Advogado Presente no Plantão: Não

Endereço Residencial: RUA JOAO BATISTA PAVANI, 38 - MARTINS LOURENÇO

CEP: 14640-000 MORRO AGUDO - SP - Telefones: (11)98198-4709

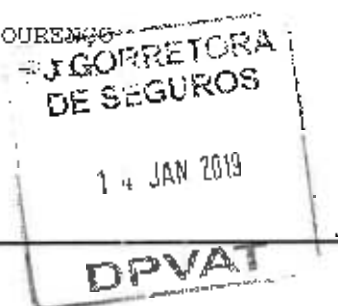
(Residencial)

Veículos:

DEL.POL.MORRO AGUDO

Endereço da delegacia: AV. SÃO JOSÉ, 1186 - CENTRO-MORRO AGUDO-SP. CEP: 14640-000

Telefone: (16)3851-1466





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.MORRO AGUDO

Folha :2

Boletim No.: 869/2016

INICIADO:18/07/2016 14:50hs e EXITIDO:18/07/2016 15:27hs

KK'QQCBQJZFEO'b

- Placa: DYLO257 - Cidade: DIADEMA - UF: SP - Chassis: 9C24C09107R086948
RENAVAM: 920160638
Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN XS - Tipo: MOTOCICLO
Ano fabricação: 2006 - Ano modelo: 2007 - Cor: Vermelho
Combustível: Gasolina - Proprietário: MATEUS ALVES SOARES
Ocorrência: Acidentado - Local: Via Pública - Segurado: Ignorado
Pessoa relacionada: INDELSO PEREIRA

IMPORTANTE:

Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art.2º, da Lei n.6.194/74 (DPVAT), compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares.

O pagamento será feito diretamente à vítima pela seguradora consorciada, ou na forma do art.792, do Código Civil, no prazo de 33 (três) anos, a partir da data do acidente.

O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado, com o pagamento no prazo de 30 (trinta) dias da apresentação dos seguintes documentos:

- I- Certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiário no caso de morte;
- II- Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente ? no caso de danos pessoais.

Para tirar dúvidas e mais esclarecimentos, acesse www.dpvatseguros.com.br pelo telefone 0800-0221204.

J. CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2018

HISTÓRICO:

Presente a vítima acompanhada da testemunha informando que transitava com o veículo acima descrito pela rua Paulo Nishi, no bairro x bairro, quando a cerca de cem metros já que teria adentrado na referida foi fechado por um veículo cuja as características não pode anotar, sendo que em tal momento veio por se acidentar caindo sobre uma calçada e colidindo com uma árvore. Após foi socorrido ao hospital local, afirma que sofreu fraturas em sua coluna torácica, apresentando laudo médico neste ato. Disse também que o veículo

DEL.POL.MORRO AGUDO

Endereço da delegacia : AV. SÃO JOSÉ, 1186 - CENTRO-MORRO AGUDO-SP. CEP: 14640-000

Telefone: (16)3851-1466



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.MORRO AGUDO

Folha :3

Boletim No.: 869/2016

INICIADO:18/07/2016 14:50hs e EMITIDO:18/07/2016 15:27hs

KKLQQCCBDJEEFO^b

teve sua frente danificada "farol, guidão, painel, paralamas e pequeno amassado no tanque", porém esclareceu que já teria efetuado conserto na referida.

Exames requisitados: IML

Solução: APRECIÇÃO DO DELEGADO TITULAR

Confere(x), assina(m) e recebe(m) uma via

INDELSON PEREIRA

ANTONIO CARLOS COSTA CAMPI
INVEST. DE POLÍCIA

JACQUELINE BESSA FRANÇOLIN
DELEGADA DE POLÍCIA

ASSINATURAS

18/07/2016



DEL.POL.MORRO AGUDO

Endereço da delegacia : AV. SÃO JOSÉ, 1186 - CENTRO-MORRO AGUDO-SP, CEP: 14640-000

Telefone: (16)3851-1466

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0014781/9 CPF da vítima: 019.484.493-58 Nome completo da vítima: Indelso Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

Nome completo: Indelso Pereira CPF: 019.484.493-58

Profissão: de Magistério Endereço: Quilombo Xique Xique Número: 571 Complemento: zona rural

Bairro: zona rural Cidade: Elóiás Veloso Estado: RJ CEP: 64.325-000

E-mail: Recusado - 02 Tel./DDD: (86) 9981 6008

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: DO BRASIL

AGÊNCIA: 0328 CONTA: 47.756 3

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na perícia apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização, avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/vivos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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.

Local e Data: Elóiás Veloso RJ 02/01/2019

Nome: Indelso Pereira

CPF: 019.484.493-58

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Indelso Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: FJ CORRETORA DE SEGUROS

CPF: 14 JAN 2019

Assinatura: DPVAT

2ª Nome: DPVAT

CPF: DPVAT

Assinatura: DPVAT

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEI 400/17, de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTALIDADE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

00/14781/19

019.484.493-58

Indelso Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

Nome completo:

Indelso Pereira

CPF:

019.484.493-53

Profissão:

de Maquinaria

Endereço:

Quilombo Xique Xique

Número:

5711

Complemento:

Zona Rural

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Elétrico Veloso

Estado:

RJ

CEP:

64.325-000

E-mail:

Recusou - 02

Tel./DDD:

(86) 9981 6008

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: DO BRASIL

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA: 0328

00

CONTA:

47.756

03

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na perícia apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/vivos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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.

Inscrição
cópia da
assinatura
do beneficiário
não diferenciado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A Seguradora Líder não se responsabiliza por danos decorrentes de falsificação de dados. É necessário anexar cópia da identidade, CPF e comprovante de residência de todos.

Ficha de Internação e Alta

Internação: 186036

Dt. Internação: 26/06/2016

Hora: 14:37

Dados do Paciente

Nome: INDELSON PEREIRA
Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38
Cidade: MORRO AGUDO
Fone Res. 11981984709
Est. Civil: SOLTEIRO(A)
RG: 2050247093
País: LDC
Empresa: LDC

Fone Com.

CPF: 019.484.493-58

Nº do cartão do SUS:

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO

UF: SP CEP: 14640000

Fone Com.

Nascimento: 22/08/1987

Idade: 28

Certidão Nasc.:

Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA

Dados do Responsável

Nome: MATHEUS ALVES SOARES
Endereço: RUA JOAO BATISTA PAVINI 38
Cidade: MORRO AGUDO
Fone Res. (11)98198-4709 RG:

CPF:

Bairro: JD MARTINS LOURENÇO

UF: SP CEP: 14640-000

Dados da Internação

Médico: GUILHERME BARBIERI LEME DA COSTA

Caráter: URGÊNCIA

Médico: UNIMED A VALE DO ROSARIO

Clínica: 1 CLÍNICA

Nº do Convênio: 08540801659286197

Leito: 114A

Acomodação: 1/2 APARTAMENTO

Observação:

Funcionário: ANA PAULA DE ABREU VITAL

Informações sobre Diagnóstico

Queixa principal e duração:

*Queda no TO 01
Cervicalgia*

História pregressa da moléstia atual:

Pol. Trauma

Diagnóstico Provisório:

Código:

Diagnóstico Definitivo:

Código:

Moléstia Secundária:

Código:

Operação Realizada:

Código:

*Tratamento conservador***Condições de Alta**

Curado

() Óbito

(X) Melhorado

() Necrópsia

() Morte Estado

Assinatura do Médico

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: 22/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: INDELSON PEREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02328-0

CONTA: 000000017756-3

Nr. da Autenticação 8BFDB3ED89F7ED30



CONEXÃO ENERGÉTICO
 Av. ...
 ...
 ...
 ...

Para conferir se a
 Eletrobras possui
 este número

SEU CÓDIGO
 1658656-5

Nº da Nota Fiscal 013872358

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TSEF foi criada
 pela Lei nº 9.438 de 24 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	27/11/2018	98	88,05

MARIA OLINDA PEREIRA
 LC XIQUÉRIQUE S/N B-RURAL
 CPF: 00393029667391
 CEP: 64.325-000 - ELESBAO VELOSO

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	556	Atual	20/11/2018
Anterior	458	Anterior	19/10/2018
Consumo de Múltiplos	1.000	Próxima Leitura	18/12/2018
Consumo Medido	98	Enchimento	19/11/2018
Consumo Padrão	98	Apresentador	22/11/2018
	NORMAL		32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pó
RESIDENCIAL				

Consumo kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	Valor
OUT/18	CONSUMO	79,56
SET/18	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,81
AGO/18	CORRECAO MONETARIA 10/18-00	0,05
JUL/18	MULTA POR ATRASO 10/18-00	1,56
JUN/18	JUROS POR ATRASO 10/18-00	0,07
MAI/18	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,60
ABR/18	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	1,43
MAR/18		
FEV/18		
JAN/18		

INFORMAÇÃO DE LEITURA
 H.M. 32 - 0.579090

LIQUE 0800 366 0200 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
 Parabéns! Até o dia 19/11/2018, não constatamos faturas vencidas
 nessa unidade consumidora.

REGISTRO AO FISCAL 5854.AB1B.DDEE.AE16.0A1C.7CC4.D6BA.EA95

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	16,21	Base de Cálculo	79,56
Energia	30,81	Alíquota ICMS	22,00%
Perdas	4,34	Valor do ICMS	17,50
Impostos	4,91	Valor do PIS	0,94
Tributos	22,79	Valor do COFINS	4,35

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	ELC	DMC	FCM				
	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14
	0,00			0,00			0,00

NOVO ORIENTE

CORRETORA
 DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT