



Número: **0015364-77.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEANDRO ALVES DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62341250	22/05/2020 14:27	2721967_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00153647720208172001

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

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 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 **LEANDRO ALVES 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 **23/06/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 12/09/2018.

Cumprе 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.

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



Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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.

DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA

FALTA DE PROCURAÇÃO ATUALIZADA

Verifica-se que não consta nos autos procuração atualizada, violando a regra esculpida no art. 104 do CPC.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

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;



DO MÉRITO

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

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

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

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

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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 inquirar 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.

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)



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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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 **23/06/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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.

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.”



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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

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

⁷art. 1º. (...)

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



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).

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

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

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 18 de maio de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



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 **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **LEANDRO ALVES DA SILVA**, em curso perante a **23ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00153647720208172001.

Rio de Janeiro, 18 de maio 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





Número: **0015364-77.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEANDRO ALVES DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62341252	22/05/2020 14:27	ANEXO 1	Outros (Documento)



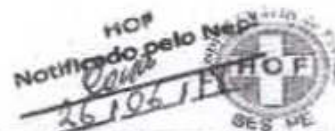
PREFEITURA MUNICIPAL DE OROBO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

192

MÉDICO REGULADOR <i>Dr. Romão</i>			TARM		OPERADOR DE FROTA <i>Lucas</i>		
DATA <i>23/06/18</i>	HORA <i>07:15</i>	ID	Nº OCORRÊNCIA <i>5495.179</i>	UNIDADE MÓVEL <i>U.S.B</i>	BASE DA UNIDADE <i>Samu Orobo</i>		
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA <i>Sítio União</i>					Nº <i>511</i>		
BAIRRO <i>Zona Rural</i>			MUNICÍPIO <i>Orobo</i>				
PUNTO DE REFERÊNCIA <i>Próximo ao Bar do Branco em Cadea</i>							
NOME DA VÍTIMA <i>Deandré Alves da Silva</i>					IDADE <i>26</i>	SEXO <i>M</i>	
SOLICITANTE/FOFONE <i>Quarente</i>					CARTÃO DE SAÚDE - SUS <i>760410340018021941</i>		
QUEIXA <i>Fratura de Fêmur Fechada Esquerda</i>							
Comunicação	Saida da base <i>07:16</i>	Chegada no local <i>07:20</i>	Saida do local <i>08:19</i>	Chegada no destino <i>08:25</i>	Saida no destino <i>09:31</i>	Chegada na base <i>10:07</i>	
☐ Orientação ☒ Transporte ☐ Transferência ☐ Cancelada antes da regulação ☐ Local não encontrado ☐ Cancelada							
☐ Transfêrência (senna)							
Tipo de acidente: ☒ Acidente Transitório <i>motocicleta</i> ☐ Pedestre ☐ Condutor do veículo ☐ Passageiro do veículo ☐ Agressão ☐ Clínico ☐ Desabamento/Entorpecimento							
Antecedentes: ☐ AIOB ☐ Alcoolismo ☐ Alergia ☐ AVC ☐ Cirurgias Realizadas							
Exame Clínico: Principais sintomas / Queixas ☐ Agitação/agressividade ☐ Alergia ☐ Ausência de pulso ☐ Cianose							
Início dos Sintomas: ☒ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe							
Dados Vitais:							
Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O2 %	Escore de Glasgow
Início <i>07:25</i>	<i>160x100</i>	<i>21</i>	<i>105</i>	<i>36,5</i>	<i>125</i>	<i>99</i>	<i>15</i>
Fim <i>09:30</i>	<i>140x80</i>	<i>22</i>	<i>105</i>	<i>36,5</i>	<i>125</i>	<i>98</i>	<i>15</i>
RESPIRAÇÃO: Via Aérea: ☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Total ☐ Corpo Estranho ☐ Bronco Aspiração ☐ Edema da Glote ☐ OES Acutados ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Etilico ☐ Outros							
Respiração/Ventilação: ☒ Espontânea ☐ Perda Respiratória ☐ Assistida ☐ Ritmo Irregular							
Ausculta: ☒ Normal ☐ Roncos/sibilos ☐ Estertores ☐ Diminuição MV ☐ Ausência MV							
Exame de Extremidades: ☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular							
CIRCULAÇÃO: ☒ Pulsos ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Normal ☒ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros ☐ Edema ☐ Ausente ☐ Palpebral ☐ M. Inferiores ☐ Anasarca ☐ Perifusão ☐ Normal ☐ Retardada ☐ Ausente ☐ Pulso ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chato ☐ Ausente ☐ Ausculta ☐ Normal ☐ Hipofonose ☐ Atrito pericárdio ☐ Arritmia ☐ Sopro ☐ ECG ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado							



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 778590

Prontuário: 1082108

Nome: LEANDRO ALVES DA SILVA

Data Nasc.: 09/02/1992

Idade: 26

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 700403409802941

Nº: 0

Endereço: SÍTIO MACAMBIRA

Bairro: CENTRO

Cidade: BOM JARDIM

Estado: PE

CEP: 55730976

Fone: 558197647762

Celular:

Profissão:

Acompanhante:

Nome da Mãe: GEILSA ALVES DE OLIVEIRA SILVA

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 23/06/2018 12:12

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

PALETO LITU

Exame Físico:

DE ACORDO PA: FC: FR:

MOTOCICLISTA

Diag. Provisório:

FURTO - DÍFISAN
FRM (F)

Prescrição:

Dieta:

Horário

Nota

SCHULTZ N X
DO TOW/2017

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

BOA VISTA - CEP: 50.000-010

RECIFE-PE



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:		Leonardo Alves	
CLÍNICA:		ENF.:	LEITO:
DATA	HORA	EVOLUÇÃO	
24/06/18		Paciente evolui com E.C. regular, consciente, orientado, sem queixas, aguardando cirurgia de urgência.	
24/06/18	21h	Exame físico E.C.R. consciente, orientado, sem queixas, aguardando cirurgia de urgência.	
25/06/18	09:45	Enfermagem 1 Paciente evolui E.C.R. consciente, orientado, sem queixas, aguardando cirurgia de urgência.	
25/06/18	22:30	# Enfermagem # Recibo o paciente em PI de tração tibial (E). E.C.R. consciente, orientado, acordado, hidratado, normotensivo, apnéia de tosse, acuta, com a dieta VO. Exame físico normal. Não há necessidade de medicação. Aguardando a realização da cirurgia de urgência.	

05.802.494/0001-11
TRACÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902-91, C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

DE/12.07

Maria
Luz
4677

003-HGOF



PREFEITURA DO
BOM JARDIM

HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Secretaria Municipal de Saúde

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

20

Data	23/06/18	Hora	8:35	Registro	594510
Nome	Leandro Alves de Siqueira			Referência	
Endereço	Vargas 2m			Cidade	Capela
Bairro		Idade	264	Sexo	Marc
Responsável				Fone:	
Endereço Responsável				SUS:	700 4034.0980.2991
Nascimento	09/02/1992				

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ Automóvel	☐ Ônibus	☐ Moto	☐ Outra	☐ Ignorado
☐ Agressão	☐ Atropelamento	☐ Colisão	☐ Capotagem	☐ Outro	☐ Ignorado
☐ ACIDENTE DE TRABALHO	☐ Arma de Fogo	☐ Arma Branca	☐ Espancamento	☐ Outro	☐ Ignorado
☐ AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO	☐ Assalto Briga	☐ Ação Policial	☐ Agressão Sexual	☐ Outro	☐ Ignorado
☐ OUTROS TIPOS DE ACIDENTES	☐ Construção Civil	☐ Indústria	☐ Agricultura	☐ Comércio	☐ Outro
☐ LOCAL DE OCORRÊNCIA	☐ Arma de Fogo	☐ Enforcamento	☐ Drogas	☐ Queda de Nível	☐ Outro
☐ Via Pública	☐ Intoxicação Acidental	☐ Queda Acidental	☐ Afogamento	☐ Queimaduras	☐ Outro
☐ Domicílio	☐ Ambiente de Trabalho	☐ Escola	☐ Outro	☐ Ignorado	

QUEIXAS

*Dores abdominais de natureza de urgência
apresentando febre e vômito.*

EXAME FÍSICO

PA	PESO	FC	TEMPERATURA
----	------	----	-------------

05-802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS

25 NOV 2018

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. 1
Boa Vista - CEP: 54.160-010
RECIFE-PE

23 NOV 2018

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

DICO RESPONSÁVEL



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE C.G.C.: 09.794.975/0004-56

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH
INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **LEANDRO ALVES DA SILVA**

SEXO: M

Nº DO PRONTUÁRIO: **1062106**

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO (AV./RUA):

LEITO SR

Nº:

BLOCO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

DIAGNÓSTICO INICIAL:

O MESMO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR
ESQUERDO

CÓDIGO:

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE: TRAUMATOLOGIA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA: 04/07/18

DATA: 04/07/18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR DA INTERNAÇÃO

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO





Endereço: 26 anos

RECEITUÁRIO

[illegible]

1. *Agave* *Agave*

23 JUN 2018

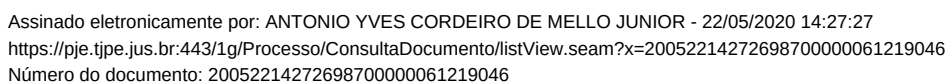
Bom Jardim, / /

Médico

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

ROT 13.4-01.V1

EVOLUÇÃO

C. Sul (Lauro) DN. 09/02/92
- Deodoro Alves da Silva (26 anos)
filiação: Cícero Ferreira da Silva e
Gelita Alves de Oliveira Silva
Moradia: Sítio Maracajá, S/Nº, Zona
Rural de Bom Jardim.
Referência: Posto de Saúde - Bom Jardim.
Docum.: RG 8.980.589 505 IPE e CPF
nº 017.899.029-09.
Fone para contatos: 99764.7762 (espos)
99790.8899 (pessoal); 99304905 (Cristina)
Entrevista: C. Paula Alves Martins Silva (sp.)
* Reside com esposa, 5 filhos;
* Não fumante; Não bebe; Não faz uso de
* Agricultura, sem vínculos empregatícios;
* Sem dignidade (desempregado);
* Principal moradia familiar pertencente
do Programa Bolsa Família da esposa.
* Ocorrência recente hospitalar e DPVAT.
* Fratura de fêmur, autolito acupuntura,
D, Valdo de 20/06/18 ~ 2"

Raça 23
CE 2018

ARIBONDA X. L. ARAÚJO
Serviço Social
CRS 0176 - 1540

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DATA DA HOMOLOGAÇÃO 15/12/2017	Rua Aprígio Guimarães, S/N - Tejipo Recife - PE CEP: 50920-840 Fone: 3182-8800	DATA DA REVISÃO 15/12/2019	HCFCI
--------------------------------	---	----------------------------	-------

Leandro Alves da Silva

25-2

06/07/18 Fisioterapia motora (030205001-9)

Foi realizado cinesioterapia ativa em articulações
livres. Cinesioterapia passiva no joelho; ombros
de quadriceps e orientações de posicionamento
Acad: Malissa Monteiros

Julia
Rodrigues

Julia Rodrigues
Fisioterapeuta
CREFITO 134625-F

06/07 Enfisioterapia

Par: Sme 2: DOP de MTE, acurácia
realizada Cinesioterapia em MTE fixas.
Seme em MTE 89.

Ats. pact: se patty As: transporte.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



DATA	HORA	EVOLUÇÃO
28/06/2018		Fisio terapia Motora (030205001-5) Realização de fisioterapia com de MMSS e MIB, bombas de pressão e uso metru de distúrbio (MIE) próximo ao movimento, glicotocof...
09/06/2018		Fisioterapia Motora (030205001-5) Paciente sem queixas, em movimento mantendo conduta.
05/07/2018		Fisioterapia Motora (030205001-5) Paciente sem queixas, em movimento mantendo conduta.
03/07/18		Fisioterapia motora (030205001-9) Trabalhando com elementos físico-táteis; manipulação de objetos, principalmente no Auto-Ativ. Motora Mantendo
04/07/18		HOF Realizado exames Radiológicos Reg. Ass. 05/07/18
05-07-18		FISIOTERAPIA MOTORA 030205001-9 Orientações de posicionamento, cinesio terapia ativa assistida em art. cinesio isométricos golpes + gestos

Priscila Silveira
Fisioterapeuta
172660-F

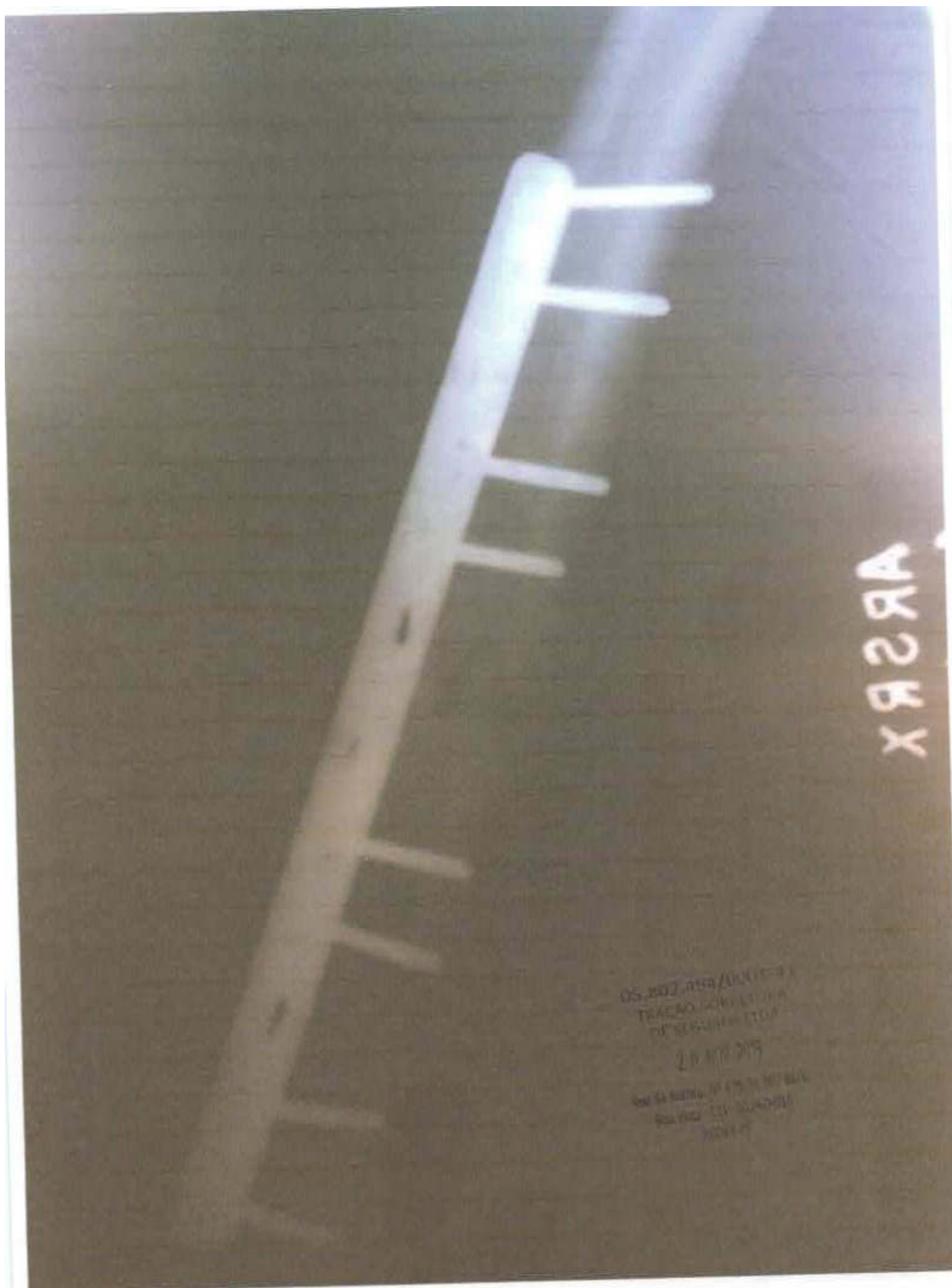
Priscila Silveira
Fisioterapeuta
172660-F

Ano Carolina B. Barros
Fisioterapeuta
CREFITO 26.478

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2018
Rua da Aurora, 101, S. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIBO

Conselho
26478F







05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETOIRA
DE SEGUROS LTDA
26 JUN 2019
Rua da Aurora, 1475, SL 902 BL. C
Rio de Janeiro - CEP: 20.060-010
REC-47-PE





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



- Evolução / Exames

HOF
Realizado exames Radiológicos
folha E + B + C + D em 23/06/2018
Res. Res. Marcio
23/06/18 Emergência
Paciente chegou aos serviços de emergência em D.A. - Enot. disartria
amen e zero de 00:00h

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido
() Paciente () Familiar
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.
Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: ____/____/____
Assinatura _____

Autorização de Procedimento
() Paciente () Familiar
Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Procedimento: _____
Assinatura _____

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
26 MAR 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

g. Definitivo: _____ Assinatura _____
Destino do Paciente
Alta () Cirurgia () Óbito () Evadido-se () Termo de Alta a Pedido
Transferência: _____ () Internamento _____
Condição de Alta
Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito
Data: ____/____/____ Hora: ____ Médico: _____ CRM: _____

11/2018 12:13:21 PM
fe 2
Usuario do Atendimento
DEMETRIUSSA



Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação								X	X	X	X
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											X
Frat. Aberta											
Asfixiação											
Luxação											
Queimadura 1ª											

OBSERVAÇÕES

Paciente queixa-se de forte dor em MIE + Fratura de Fêmur Esquerdo + sangramento.

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação
- ☐ Sonolência
- ☐ Coma
- ☐ Contusão
- ☐ Convulsão
- ☐ Otorragia Direita

- ☐ Otorragia Esquerda
- ☐ Sinal Battle Direito
- ☐ Sinal Battle Esquerdo
- ☐ Sinal de Gueunin direito
- ☐ Sinal de Gueunin esquerdo
- ☐ Rigidez de nuca
- ☐ Afasia

- ☐ Miose Direita
- ☐ Miose Esquerda
- ☐ Midríase Direita
- ☐ Midríase Esquerda
- ☐ Paralisia
- ☐ Paresia
- ☐ Anestesia

- ☐ Parastasia
- ☐ Arréflexia
- ☐ Pupila reagente
- ☐ Pupila não reagente
- ☐ Outros:

SEGMENTO:

Pescoço:

- ☐ Turgência Jugular
- ☐ Edema subcutâneo
- ☐ Outros:

Abdômen:

- ☐ Distensão
- ☐ Ascite
- ☐ Doi/roscio/Defeso
- ☐ Esplenomegalia
- ☐ Hepatomegalia
- ☐ Irritação peritoneal
- ☐ Normal
- ☐ Outros:

Urogenital:

- ☐ Anúria
- ☐ Hematuria
- ☐ Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento
- ☐ Hemorragia vaginal
- ☐ Normal
- ☐ Trabalho de parto
- ☐ Parto único
- ☐ Gêmeos
- ☐ Líquido Meconial

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
- ☐ Intubação Nasotranqueal
- ☐ Cânula Orofaríngea
- ☐ Cricotiroidotomia
- ☐ Ventilação Mecânica Ambu
- ☐ Respirador
- ☐ Intalação O2
- ☐ Toracocentese c/ Agulha Direita

- ☐ APGAR:
- ☐ Toracocentese c/ agulha esquerda
- ☐ Drenagem Torácica Direita
- ☐ Drenagem Torácica Esquerda
- ☐ Massagem Cardíaca Externa
- ☐ Desfibrilação/Cardioversão
- ☐ Controle Hemorragia
- ☐ Curativo
- ☐ Punção Venosa Periférica
- ☐ Punção Venosa Central

Nascimento

- ☐ Sonda Gástrica
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Sonda
- ☐ Imobilização Membros
- ☐ Colar Cervical
- ☐ Tala/Tração
- ☐ Intubação Orotraseal
- ☐ Traqueostomia
- ☐ Monitoração cardíaca / Oximetria
- ☐ Outros

Diagnóstico:

TERAPÊUTICA:

Reposição Volumétrica	Volume	Medicações	Dose	Via	Monitorio
Ringer lactato	500ml		1		0520
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,9%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR:

MUNICÍPIO:

INTERCOMUNICAÇÃO:

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico de vigia	Enfermeiro / AUX. / Téc. de Enferm.	Condutor
Dr. Romário		Rafael Rodolfo Bevilson	

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU 1º MACRO REGIÃO METROPOLITANA, nesta oportunidade:

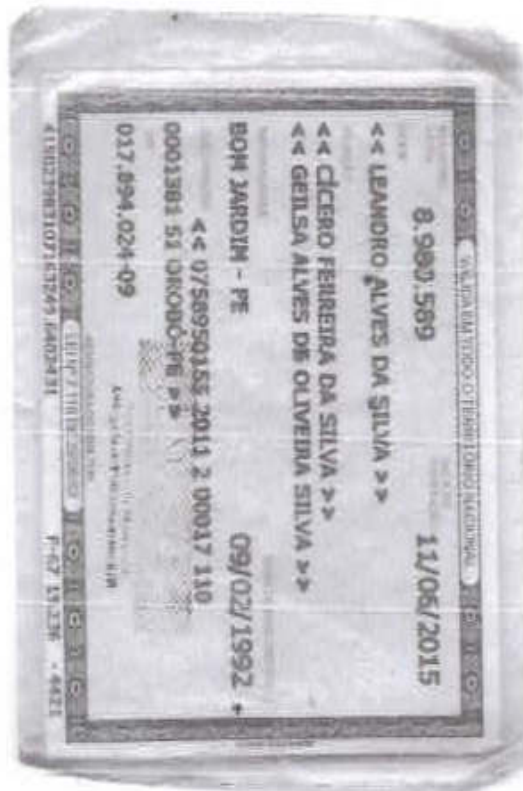
RG ou CPF: Assinatura:





05.802.494/0001-41
TRABALHO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
26/05/2018
Rua da Aurora, 1012, S. 901, L. 6
São Paulo - SP - 05760-010
11-3331-1111





8.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
26 NOV 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902-BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Prontuário
Otávio de Freitas
Data: 23/06/2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013935177533
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA- 1 000-RENAVAM 1048320810 R.N.T.C. ***** 2018 EXERCÍCIO 2018

NOME
ROBERTO APOCENSO MARTINS

DOM JARDIM-PE

CPF / CNPJ 990.344.234-20 PLACA PGV2655

PLACA ANT./UF ***** AB CHASSI 9022RD0540BR097454

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA / HORISO DEUS K50 ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CPF / POT / CL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1 15/03/18

IPVA 2018 QUITADO 2 15/03/18

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00 (R\$) 00 PREMIO TOTAL (R\$) 00 DATA DE PAGAMENTO 15/03/18

SEGURO FACO SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA

DOM JARDIM

CHARLES ANDRESSA SOARES RIBEIRO
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013935177533 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ROBERTO APOCENSO MARTINS

NITIO TAMBORA 200 55730-00

CASA POCA RURAL, DOM JARDIM-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 15/03/18

VA- 1 000-RENAVAM 1048320810 R.N.T.C. ***** 2018 EXERCÍCIO 2018

MARCA / MODELO HONDA / HORISO DEUS K50 ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CPF / POT / CL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1 15/03/18

IPVA 2018 QUITADO 2 15/03/18

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00 (R\$) 00 PREMIO TOTAL (R\$) 00 DATA DE PAGAMENTO 15/03/18

SEGURO FACO SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA

DOM JARDIM

CHARLES ANDRESSA SOARES RIBEIRO
Diretor Presidente DETRAN/PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
26 NOV 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180555050 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 23/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180555050 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 23/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



Procuração

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

1. Outorgante Leandro Alves da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 8.980.589, expedido por SDS/PE, em
11/06/2015, inscrito no CPF sob o nº 017.894.024-09, residente na
Sítio Belmonte, nº 5/Nº
complemento Casa, Bairro Zona Rural, cidade
Bom jardim, Estado PE

2. Outorgado Geane da Silva Coutinho

portador(a) do documento de identidade nº 5.237.115, expedido por SDS/PE, em
06/12/2011, inscrito no CPF sob o nº 029.648.794-51, residente na
Rua da Alegria, nº 317
complemento Casa, Bairro Centro, cidade
Limoeiro, Estado PE

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

Bom jardim, 15 de agosto de 2018

Outorgante X Leandro Alves da Silva

Cartório

Cartório Sérgio Vasconcelos
Sergio Ribeiro Vasconcelos - TABELÃO

Reconheço por Autenticidade a firma de **LEANDRO ALVES DA SILVA**, Bom jardim, 15 de agosto de 2018. Em test. da verdade. **JOSÉ CARLOS DA SILVA BEZERRA**, ESCRITAMENTE AUTORIZADO Emol.: R\$ 3,39 - FEPC: R\$ 0,40 - TSHF: R\$ 0,80 - Totais R\$ 4,59 Selor: 0077586.VNF05201801.02267 Consulte autenticidade em

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426754/18
Vítima: LEANDRO ALVES DA SILVA
CPF: 017.894.024-09
CPF de: Próprio
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
Data do acidente: 23/06/2018
Titular do CPF: LEANDRO ALVES DA SILVA

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

GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

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

LEANDRO ALVES DA SILVA : 017.894.024-09

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: 26/11/2018
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF: 029.648.794-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GEANE DA SILVA COUTINHO

Steffany Carolyn Lins Veloso



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **LEANDRO ALVES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180555050**

Vítima: **LEANDRO ALVES DA SILVA**

Data do Acidente: **23/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GEANE DA SILVA COUTINHO**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180555050**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13636165

Pag. 01781/01782 - carta_01 - INVALIDEZ

00010891





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: CPF da vítima: Nome completo da vítima: 017.894.024-09 Beandrio Alves da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Beandrio Alves da Silva CPF: 017.894.024-09
Profissão: agente Endereço: Zetiv Belo Monte Número: 868 Complemento: Casa
Bairro: Zona Rural Cidade: Barra Garçim Estado: PE CEP: 55.730-000
E-mail: 99938-8886 Tel (DDD): (81)

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 POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (841)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2369 8 CONTA: 20.792 6
(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 (assinale 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 documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura 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 (tiver) filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Barra Garçim - PE, 15/11/2018
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Beandrio Alves da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: 05.802.494/0001-41

CPF: TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2018

2ª | Nome: Rosa da Aurora, Nº 175, AL 001 BL. C

CPF: Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença 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.

Continuo Dólar
BANCO: 0001
AGENCIA: 02369
CONTA: 0000000020792-0
FUNDADO: LEANDRO ALVES DA SILVA
VALOR DEPOSITO: R\$20,00

Rede Mais Você
Via Cliente
SUPERMERCADO SANTA TEREZ
Pos: 04900001 LT/233 hsc: 20 Oper: 259000
20/09/18 10:52:45

COBAN: 000000 LT/233 hsc: 20 Oper: 259000
20/09/2018 BANCO DO BRASIL 10:52:45
716000001 CORRESPONDENTE BANCARIO 0062
COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: LEANDRO ALVES DA SILVA
AGENCIA: 2369-0 CONTA: 20.792-0
=====

DATA	20/09/2018
Nº. DOCUMENTO	27.090.990.000.082
VALOR DINHEIRO	20,00
VALOR TOTAL	20,00

=====

Nº. AUTENTICAÇÃO 1.010.107.709.000.790

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

25.10.2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 117ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM JARDIM - DP117ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0207000666**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/09/2018** às **11:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **23/6/2018** às **07:00**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 1, SÍTIO VARJÃO, ZONA RURAL DE BOM JARDIM/PE - Bairro: ZONA RURAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO BAR DE BRANCO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ROBERTO AFONSO MARTINS (OUTRO)
LEANDRO ALVES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO; (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LEANDRO ALVES DA SILVA**

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

LEANDRO ALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GEILSA ALVES DE OLIVEIRA SILVA** Pai: **CICERO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **9/2/1992** Naturalidade: **BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8980569/SDS/PE (RG), 01789402409 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 97408894**

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 1, SÍTIO MACAMBIRA, ZONA RURAL DE BOM JARDIM/PE - CEP: 55730000 - Bairro: ZONA RURAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO / BRASIL, POSTO DE SAUDE**

ROBERTO AFONSO MARTINS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA FERREIRA DA SILVA** Pai: **PEDRO AFONSO MARTINS** Data de Nascimento: **12/10/1974** Naturalidade: **BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4812134/SDS/PE (RG), 93034423420 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Motivo da Viagem: **OUTROS**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 1, DISTRITO TAMBOATA - CEP: 55730000 - Bairro: ZONA RURAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

12/09/2018 11

MOTOCICLETA HONDA NXR/150 BROS ESD (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROBERTO AFONSO MARTINS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEANDRO ALVES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGV2655** (PERNAMBUCO/BOM JARDIM) Renavam: **104832081** Chassi: **9C2KD0540ER097454**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **RENAVAN Nº 1048320810**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, PELA ESTRADA DE TERRA PLANAGEM DO SÍTIO VARJÃO, NESTE MUNICÍPIO, NO SENTIDO OROBO/ SÍTIO VARJÃO DE BOM JARDIM, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO LIMITE DO MUNICÍPIO, MAS JÁ NO MUNICÍPIO DE BOM JARDIM, FOI SURPREENDIDO EM UMA CURVA POR OUTRA MOTOCICLETA QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO, NA CONTRA MÃO DE DIREÇÃO, DE PLACA E CONDUTOR NÃO ANOTADOS, QUE VEIO A COLIDIR COM A MOTOCICLETA QUE A VÍTIMA CONDUZIA, CAUSANDO-LHE LESÕES E ESCORIAÇÕES E DANOS NA MOTOCICLETA. APÓS O ACIDENTE O AUTOR EVADIU-SE DO LOCAL SEM SER IDENTIFICADO, ENQUANTO A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU AO HOSPITAL DE BOM JARDIM E DEPOIS REMOVIDO AO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, NA CAPITAL, ONDE PASSOU POR INTERVENÇÃO CIRURGICA POR FRATURA DE FEMUR ESQUERDO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR APRESENTADA

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

X *Leandro Alves da Silva*
LEANDRO ALVES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ IGLESIAS CAMPOS DE MORAIS** - Matrícula: **134881-7**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

12/05/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nome completo da vítima: Beandro Alves da Silva
CPF da vítima: 017.894.024-09
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012
Nome completo: Beandro Alves da Silva CPF: 017.894.024-09
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Belo Monte Número: 868 Complemento: Casa
Bairro: Zona Rural Cidade: Bom Jardim Estado: PE CEP: 55.730-000
E-mail: 99938-8886

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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 POUPANÇA (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: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 2369 8 CONTA: 20.792 6
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Bom Jardim - PE, 15/11/2018
Nome:
CPF:

[*] Assinatura de quem assina A RGO

X Beandro Alves da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: 802.494/0001-41
CPF: TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2ª Nome: 28 NOV
CPF: Assinatura

3ª Nome: Rua da Aurora, nº 175, 51.002-010
CPF: Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE
Assinatura

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença 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.

**PREFEITURA DO
BOM JARDIM**

HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Secretaria Municipal de Saúde
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

20

Data	23/06/18	Hora	8:35	Registro	594510
Nome	Leandro Alves de Siqueira				
Endereço	Vargas				
Bairro	2m	Cidade	Opole	Referência	
Idade	264	Sexo	Marc	Cor	Profissão
Responsável					
Endereço Responsável	Fone:				
Nascimento	09/02/1992	SUS: 700 4034.0980.2971			

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO					
VEÍCULO	☐ Automóvel	☐ Ônibus	☐ Moto	☐ Outro	☐ Ignorado
MODO	☐ Atropelamento	☐ Colisão	☐ Capotagem	☐ Outro	☐ Ignorado
☐ AGRESSÃO					
POR	☐ Arma de Fogo	☐ Arma Branca	☐ Espancamento	☐ Outro	☐ Ignorado
MODO	☐ Assalto Briga	☐ Ação Policial	☐ Agressão Sexual	☐ Outro	☐ Ignorado
☐ ACIDENTE DE TRABALHO					
ORIGEM	☐ Construção Civil	☐ Indústria	☐ Agricultura	☐ Comércio	☐ Outro
☐ AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO					
	☐ Arma de Fogo	☐ Enforcamento	☐ Drogas	☐ Queda de Nível	☐ Outro
☐ OUTROS TIPOS DE ACIDENTES					
	☐ Intoxicação Acidental	☐ Queda Acidental	☐ Afogamento	☐ Queimaduras	☐ Outro
☐ LOCAL DE OCORRÊNCIA					
	☐ Via Pública	☐ Domicílio	☐ Ambiente de Trabalho	☐ Escola	☐ Outro

QUEIXAS

*Dores de cabeça de natureza de tensão
do tipo subaracnóideo. Queixas relacionadas ao trauma
do tipo TCC*

EXAME FÍSICO

PA	PESO	FC	05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	TEMPERATURA
----	------	----	---	-------------

26 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 51060-010
RECIFE-PE

23 JUN 2018

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PROCEDIMENTOS

RT xaxax (xax) 24.

CÓDIGO

*Examinado em 11/08/18
do 2m 5451836*

ICO RESPONSÁVEL



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:	04/12/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO ALVES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02369-8

CONTA: 000000020792-6

Nr. da Autenticação F4994F82375F3EDE





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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 Geane da Silva Costa inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.648.794-51 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Leandro Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.894.024/09 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima Leandro Alves da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.894.024/09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

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

Endereço		Número	Complemento
Rua da Alegria			Casa
Bairro	Centro	Estado	CEP
	Recife	PE	55.700-000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
			99938-8880

Recife-PE 15 de Novembro de 2018
Local e Data

Geane da Silva Costa
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Roberto Afonso Martins,
RG nº 4.812.134, data de expedição 16/06/2003,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 930.344.234-20, com
domicílio na cidade de Bom Jardim, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Distrito Tambora, nº S/Nº,
complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vitima Leandro Mues da Silva, cujo o condutor era
Leandro Mues da Silva.
Veículo: motocicleta Honda NXR 150 Bros ESD
Modelo: 2014
Ano: 2014
Placa: PGV-2655
Chassi: 9C2KD0540ER097454
Data do Acidente: 23/06/2018.
Local e Data: Bom Jardim, 15 de agosto de 2018.

Roberto Afonso Martins
Assinatura do Declarante

Cartório

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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

