



02/06/2020

Número: **0000016-18.2020.8.17.2260**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Belo Jardim**

Última distribuição : **07/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado          |                |
|--------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|----------------|
| ANTONIO BENEDITO DE LIMA (AUTOR)                       |                    | GRASIELE DE LIMA SILVA (ADVOGADO)      |                |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    |                                        |                |
| Documentos                                             |                    |                                        |                |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                              | Tipo           |
| 62857061                                               | 02/06/2020 11:00   | <a href="#">2724288_CONTESTACAO_01</a> | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BELO JARDIM/PE

Processo: 00000161820208172260

**AUSÊNCIA DE COBERTURA**

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

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANTONIO BENEDITO DE LIMA**, 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 **26/04/2016**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 17/01/2017.**

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora afirma ter sido vítima de acidente de trânsito no dia 26/04/2016, todavia, apresenta documentos médicos atestando que o mesmo teria ocorrido no dia 10/03/2016.

Outrossim, também cumpre salientar que no boletim de atendimento médico, não consta a informação de que o atendimento teria decorrido do acidente alegado.

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



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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

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

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

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

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

#### **DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA**

#### **DA AUSÊNCIA DE DATA NA PROCURAÇÃO ACOSTADA AOS AUTOS**

Verifica-se que o instrumento de mandato outorgado ao advogado da parte Autora, viola a regra esculpida no art. 104 do CPC, tendo em vista a ausência de data na procuração acostada aos autos.

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 válida não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

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

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



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.

### **DO MÉRITO**

#### **DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 17/01/2017 após 09 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 26/04/2016, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante **CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR** da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

**Não há justificativa para delonga tão grande**, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

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



Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **26/04/2016**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).**

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

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

<sup>6</sup> RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.



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

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

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\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO 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 citação<sup>8</sup>.

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

<sup>7</sup> **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

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

<sup>9</sup> **art. 1º . (...)**

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



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**

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

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 honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

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



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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BELO JARDIM, 27 de maio de 2020.

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

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



### **QUESITOS DA RÉ**

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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 graduação (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 |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                             | R\$ 9.450,00  | R\$ 7.087,50  | R\$ 4.725,00 | R\$ 2.362,50 | R\$ 945,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                  |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 6.750,00  | R\$ 5.062,50  | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.687,50 | R\$ 675,00     |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                                                                                                                                                                                |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                      | R\$ 3.375,00  | R\$ 2.531,25  | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75   | R\$ 337,50     |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                       |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                                                                                                                                                                       |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 1.350,00  | R\$ 1.012,50  | R\$ 675,00   | R\$ 337,50   | R\$ 135,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                                |               |               |              |              |                |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANTONIO BENEDITO DE LIMA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BELO JARDIM**, nos autos do Processo nº 00000161820208172260.

Rio de Janeiro, 27 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





02/06/2020

Número: **0000016-18.2020.8.17.2260**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Belo Jardim**

Última distribuição : **07/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado     |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|--------------------|
| ANTONIO BENEDITO DE LIMA (AUTOR)                       |                    | GRASIELE DE LIMA SILVA (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    |                                   |                    |
| Documentos                                             |                    |                                   |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                         | Tipo               |
| 62857063                                               | 02/06/2020 11:00   | <a href="#">ANEXO 1</a>           | Outros (Documento) |

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ANTONIO BENEDITO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00773

CONTA: 000000027178-6

---

---

Nr. da Autenticação C4F5B334605C5FAF





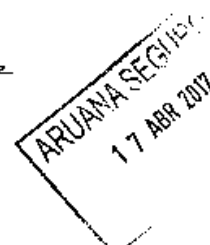
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Benedito de LimaRG nº 6.478.110, data de expedição 21/08/13, Órgão SDSIPE,

CPF nº 067.218.904-61, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Manoel Ferreira de Matos</u> |
| Número                            | <u>249</u>                          |
| Apto / Complemento                | <u>---</u>                          |
| Bairro                            | <u>Portão / xucuru</u>              |
| Cidade                            | <u>Belo Jardim</u>                  |
| Estado                            | <u>PE</u>                           |
| CEP                               | <u>55165-930</u>                    |
| Telefone de Contato               | <u>(81) 3726-4929</u>               |
| E-mail                            | <u>---</u>                          |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Belo Jardim, 15/07/16Assinatura do Declarante: Antonio Benedito de Lima

|                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA    2a VIA</b>                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>COMPANHIA ENERGÉTICA<br/>DE PERNAMBUCO</b><br>AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,<br>RECIFE, PERNAMBUCO<br>CEP 50050-902<br>CNPJ 10.835.932/0001-08<br>INSCRIÇÃO ESTADUAL 0095843-93 | <div style="text-align: center;">  <p><b>celpe</b><br/>Grupo Neoenergia</p> <p><a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a></p> </div> <div style="text-align: right; padding-top: 20px;"> <p>Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02<br/> <b>COMERCIAL 118   PRONTIDÃO 116</b><br/>                 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142<br/>                 Ouvidoria 0800 282 5599<br/>                 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL<br/>                 187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis             </p> </div> |

**celpe**  
Grupo Neoenergía  
[www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

**Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02**  
**COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 116**  
**Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142**  
**Ouvidoria 0800 282 5599**  
**Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEL**  
**187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis**

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                  |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b><br>JUDITE SEVERINA DE LIMA<br>CPF: 028.027.884-73                                                                                                                                                                                    | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><b>21/11/2016</b><br><br><b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b><br><b>14,06</b> | <b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b><br>11/11/2016<br><br><b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b><br>11/11/2016<br><br><b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b><br>001180045 | <b>CONTA CONTRATO</b><br><b>004006354985</b><br><br><b>Nº DO CLIENTE</b><br>2002489316<br><br><b>Nº DA INSTALAÇÃO</b><br>0000319590 |
| <b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b><br>RUA MANOEL PEREIRA DE ARAUJO 249<br><br>CENTRO/XUCURU<br>55165-970 BELO JARDIM PE                                                                                                                                  | <b>CLASSIFICAÇÃO</b><br><br><b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b><br><b>Monofásico</b>             |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                     |
| As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpo.com.br">www.celpo.com.br</a> | <b>RESERVADO AO FISCO</b><br><b>2799.09DA.75FD.0677.0403.244A.0F19.EAF9</b>                      |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                     |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| DESCRIÇÃO                  | QUANTIDADE | PREÇO      | VALOR (R\$) |
|----------------------------|------------|------------|-------------|
| Consumo Ativo(kWh)         | 30.00      | 0.46383426 | 13.91       |
| Acréscimo Bandeira AMARELA |            |            | 0.15        |
|                            |            |            |             |
|                            |            |            |             |
|                            |            |            |             |
|                            |            |            |             |
|                            |            |            |             |
|                            |            |            |             |
|                            |            |            |             |
|                            |            |            |             |
|                            |            |            |             |
|                            |            |            |             |
|                            |            |            |             |
|                            |            |            |             |
| TOTAL DA FATURA            |            |            | 14.06       |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS            |   |                  | PIS             |      |                  | COFINS          |      |                  |
|-----------------|---|------------------|-----------------|------|------------------|-----------------|------|------------------|
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO |
| 0.00            |   | 0.00             | 14.06           | 0.67 | 0.12             | 14.06           | 4.04 | 0.56             |

Comunicamos o não pagamento do(s) contrô(l)e de energia elét(ric)a.

| Vencido  | Ct Recev | Valor | Vencido  | Dt Recev | Valor |
|----------|----------|-------|----------|----------|-------|
| 18/10/16 | 19/11/16 | 14,01 | 18/09/16 | 12/09/16 | 13,94 |
| 18/09/16 | 17/10/16 | 13,95 | 18/07/16 | 11/08/16 | 14,51 |

Em caso de não pagamento do crédito, o fornecimento da energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de inadimplência da BPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado é no âmbito do envio de dados enviados bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim da processo.

#### Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)      0.44106900

#### HISTÓRICO DO CONSUMO

kWh

|     |    |  |    |
|-----|----|--|----|
| NOV | 16 |  | 30 |
| OUT | 16 |  | 30 |
| SET | 16 |  | 30 |
| AGO | 16 |  | 30 |
| JUL | 16 |  | 30 |
| JUN | 16 |  | 30 |
| MAI | 16 |  | 30 |
| ABR | 16 |  | 30 |
| MAR | 16 |  | 30 |
| FEB | 16 |  | 30 |
| JAN | 16 |  | 30 |
| DEZ | 15 |  | 30 |
| NOV | 15 |  | 30 |

Faturado pelo mínimo da fatura - Custo de Disponibilidade.  
Artigo 8º, Resolução ANEEL 414/2010.

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                |            |          |            |          |           |             |
|--------------------------------------------|----------------|------------|----------|------------|----------|-----------|-------------|
| NÚMERO DO MEDIDOR                          | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR   |          | ATUAL      |          | Nº DIAS   | CONSUMO kWh |
|                                            |                | DATA       | LEITURA  | DATA       | LEITURA  |           |             |
| 00000000061545130                          | DAT            | 11/12/2016 | 2.383,00 | 11/11/2016 | 2.389,00 | 31        | 6,00        |
|                                            |                |            |          |            |          | CONSTANTE | ALÍQUOTA    |
|                                            |                |            |          |            |          | 1,00000   | 0,00        |

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES                                                               |           |                    |              |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------|--------------|-------------|
| DESCRIÇÃO                                                                                           | CONJUNTO  | VALOR APURADO      | MÉDIA MENSAL | MÉDIA TRIM. |
| per2016                                                                                             |           |                    |              |             |
| ONCR-No de horas sem Energia                                                                        | PESQUEIRA | 0,57               | 6,15         | 12,30       |
| ONCR-No de vezes sem Energia                                                                        |           | 1,00               | 3,42         | 5,55        |
| ONCR-Duração máxima de interrupção contínua                                                         |           | 0,57               | 3,83         | 0,00        |
| ONCR-Duração de interrupção em dia crítico                                                          |           |                    |              |             |
|                                                                                                     |           | Limite ONCR: 12,22 |              |             |
| BUSBarrido de Encargo de Uso = R\$ 0,31                                                             |           |                    |              |             |
| Toda Consumidora pode solicitar a separação dos indicadores ONCR, EFC, DMC e ONCR a qualquer tempo. |           |                    |              |             |

| <p><b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b></p> <p>Não date da telierra a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em <a href="http://www.anel.gov.br">www.anel.gov.br</a>.<br/> Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-29/04/02), no próximo mês.<br/> Isenção do ICMS conforme Art. XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE.<br/> O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão do fornecimento.<br/> O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.<br/> Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.</p> | <table border="1"> <tr> <th colspan="3">NÍVEIS DE TENSÃO</th></tr> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL (V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th></tr> <tr> <th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td></tr> </table> | NÍVEIS DE TENSÃO |  |  | TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |  | MÍNIMO | MÁXIMO | 220 | 202 | 231 | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--|--|--------------------|------------------------|--|--------|--------|-----|-----|-----|-----------------------|--|--|
| NÍVEIS DE TENSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |  |  |                    |                        |  |        |        |     |     |     |                       |  |  |
| TENSÃO NOMINAL (V)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | LIMITE DE VARIAÇÃO (V)                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |  |  |                    |                        |  |        |        |     |     |     |                       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | MÍNIMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | MÁXIMO           |  |  |                    |                        |  |        |        |     |     |     |                       |  |  |
| 220                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 202                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 231              |  |  |                    |                        |  |        |        |     |     |     |                       |  |  |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |  |  |                    |                        |  |        |        |     |     |     |                       |  |  |

|                |         |                    |            |                                                                                |
|----------------|---------|--------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO                                                             |
| 004006354985   | 11/2016 | 14,06              | 21/11/2016 | Evite dobrar, perfurar ou rasurar.<br>Este cartão será usado em leitora ótica. |

1758145431



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





NOTA FISCAL FATORA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista - Recife, Pernambuco - CEP 50095-002  
CNPJ 10.935.920/00-44 | Ins. Est. 002843-03 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
CARLA MARIA FIRMINO MELO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA NUMERANDO A BEZEIRA, 17  
GARAGEM

CPF 078.723.044-70

BLOCO RESIDENCIAL O. JARDIM  
RUELO JARDIM P2  
53150-020

CLASSIFICAÇÃO  
DO COMERCIAL  
COMERCIAL  
MERCADO

CONTA CONTRATADA 7008352010  
MÊS 07/2016  
DATA DE VENCIMENTO 20/07/2016  
DATA DE CANCELAMENTO 12/08/2016  
TOTAL A PAGAR (R\$) 45,58

Nº DA NOTA FISCAL 001301252  
SÉRIE UNICA  
ENTRADA 1307/2016  
APRESENTAÇÃO 1 - Atividade  
CÓDIGO 20163880007  
23412

| DESCRIÇÃO DA N.F. FISCAL                  | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|-------------------------------------------|------------|-------------|-------------|
| Consumo (kWh)                             | 30,0000000 | 0,88845172  | 18,98       |
| Contribuição Iluminação Pública           |            |             | 3,09        |
| ICMS Subvenção - ICMS-SP 00120158-1201/16 |            |             | 0,13        |
| Multa por atraso NF 004285795 - 1308/16   |            |             | 0,27        |
| Cópia APAE - 0800722723                   |            |             | 7,00        |
| Diagnóstico - 0800722723                  |            |             | 15,00       |

DOCUMENTO 1 1140\*



TOTAL DA FATURA 45,58

| RESUMATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                |               |                  |            |               |     |           |        |               |
|-----------------------------------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|-----|-----------|--------|---------------|
| Nº DO MÊS/ANO                           | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LECTURA | ATUAL DATA | ATUAL LECTURA | MDE | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
| 7008352010                              | CA             | 1307/2016     | 1307/2016        | 1307/2016  | 0 205,00      | 30  | 1,0000    |        | 0,00          |

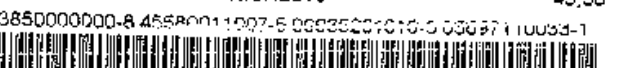
| ALÍQUOTA | BASE DE CÁLCULO | %     | VALOR DO IMPOSTO | Observações                                        |
|----------|-----------------|-------|------------------|----------------------------------------------------|
| 12,50    | 18,98           | 15,58 | 2,95             | Imposto sobre o consumo de energia elétrica - ICMS |
| 12,50    | 3,09            | 3,86  | 0,12             | Imposto sobre o consumo de energia elétrica - ICMS |
| 12,50    | 0,13            | 0,16  | 0,02             | Imposto sobre o consumo de energia elétrica - ICMS |
| 12,50    | 0,27            | 0,34  | 0,04             | Imposto sobre o consumo de energia elétrica - ICMS |
| 12,50    | 7,00            | 8,75  | 1,10             | Imposto sobre o consumo de energia elétrica - ICMS |
| 12,50    | 15,00           | 18,75 | 2,81             | Imposto sobre o consumo de energia elétrica - ICMS |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES  
A data de validade desta nota fiscal é de 12 meses a partir da data de emissão. O consumidor deve guardar esta nota fiscal com cuidado, pois ela será necessária para a comprovação do consumo de energia elétrica em caso de reclamação ou para a obtenção de benefícios fiscais.

As condições gerais de uso desta nota fiscal estão disponíveis no site da Companhia Energética de Pernambuco (www.cepe.com.br) ou no telefone 0800-722723.

| DISTRIBUIÇÃO E PREVISÃO DAS ENTREGAS |             |             |             |             | RECAPITULÁRIO |                        |     |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|------------------------|-----|
| CONSUMO (KWH)                        | VALOR (R\$) | VALOR (R\$) | VALOR (R\$) | VALOR (R\$) | TENSÃO (V)    | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |     |
| 30,00                                | 18,98       | 3,09        | 0,13        | 0,27        | 220V          | 202                    | 231 |

CONTA CONTRATADA 7008352010  
MÊS 07/2016  
DATA DE VENCIMENTO 20/07/2016  
TOTAL A PAGAR (R\$) 45,58



ARUANA SEGUROS  
17 ABR 2017



## DECLARAÇÃO

## Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Carla Maria Firmino Melo, portador(a) do

RG nº 9.709.608, expedido por SDS/PE, em

02 / 03 / 2011, CPF/CNPJ nº 076.723.044-29

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Antônio

Benedito de Lima do sinistro de DPVAT da natureza Invalida

da vítima Antônio Benedito de Lima, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Revisor

Documentos comprobatórios: Revisor

Carla Maria Firmino Melo  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





## Declaração do Proprietário do Veículo

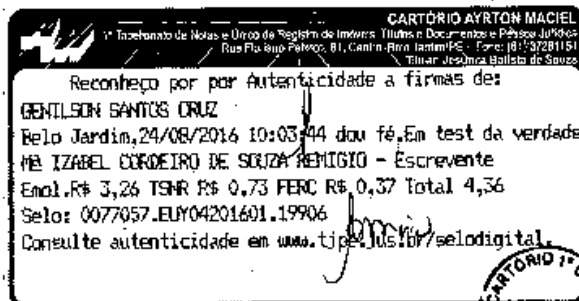
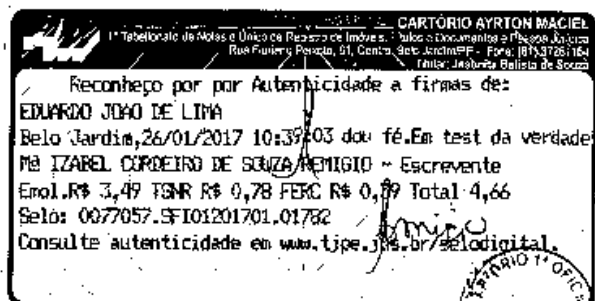
Eu, Gensilson Santos Cruz,  
 RG nº 9.425.221, data de expedição 05/04/16,  
 Órgão SOS/PE, portador do CPF nº 115.994.954-90, com  
 domicílio na cidade de Belo Jardim, no Estado de  
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Manoel Pereira de Araújo, nº 244,  
 complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Antônio Benedito de Lima cujo o condutor era  
Eduardo João de Lima.

Veículo: moto  
 Modelo: Honda / POP 110I  
 Ano: 2016  
 Placa: PDD 3884  
 Chassi: 9C2JB01000R050793  
 Data do Acidente: JO - 03 - 16  
 Local e Data: Belo Jardim, 24-08-16

Gensilson Santos Cruz  
 Assinatura do Declarante

Eduardo João de Lima

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



DOCUMENTS 1970

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IMPOSTOS  
SECRETARIA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO

NOME  
CARLA MARIA FERREIRA ALVES

CPF CERTIFICADO ESCRITO  
8179608 RDS 00000

DATA  
078.723.044-39 DATA NASCIMENTO  
08/01/1986

TRABALHO  
NÃO DECLARADO

ESTADO CIVIL  
CASADO

FORMAÇÃO  
ACD CAT. 1986

RECEITA  
S

PROPOSTA  
05874320416

RECEITA  
20/11/2017

VALIDADEZ  
09/09/2018

DESCRIÇÃO  
Receita Ativa - Proposta

Local  
DELO JARDIM - FZ

Assinatura do Declarante  
[Assinatura]

Assinatura do Recebedor  
[Assinatura]

DETRAN - DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VALIDADEZ  
05874320416

DELO JARDIM - FZ

DETRAN - DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

ARUANA SEGUIE O:  
17 ABR 2017



**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 118, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002  
 CNPJ 10.935.837/0001-08 | Ins. Est. 0025943-93 | [www.celpo.com.br](http://www.celpo.com.br)

DADOS DO CLIENTE  
CARLA MARIA FERREIRO MELO

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA ALVAREZ GOMES A BEZEIRA 37  
GARAGEM

CPF 076 723 044.79

BELO JARDIM PE  
5515G-020

CLASSIFICAÇÃO  
B3 COMERCIAL  
COMERCIAL  
MONOPOLISTA

|                                         |                                                                    |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| CONTRATO<br><b>7009352010</b>           | MES/ANO<br><b>07/2018</b>                                          |
| DATA DE VENCIMENTO<br><b>20/07/2018</b> | DATA PRECATORIO PROPRIO (SEPT, OUT, NOV, DEZ)<br><b>12/08/2018</b> |
| TOTAL A PAGAR (R\$)                     |                                                                    |
| <b>45,58</b>                            |                                                                    |

|                                |                              |                                 |
|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Nº DA NOTA FISCAL<br>001337353 | SÉRIE<br>UNICA               | EMISSÃO<br>13/01/2016           |
| APRESENTAÇÃO<br>1001122710     | Nº DO CONTRATO<br>2016356882 | Nº DA NOTA FISCAL<br>2016356882 |

**DESCRIÇÃO DA ROTA FISCAL**

| CONSUMO ALMO (LVA11)           | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--------------------------------|------------|-------------|-------------|
| Consumo de Alimentação Pública | 30.000.000 | 0,88654512  | 26.596,35   |
| Consumo de Alimentação Pública |            |             | 3.000,00    |
| Consumo de Alimentação Pública |            |             | 0,13        |
| Consumo de Alimentação Pública |            |             | 0,97        |
| Consumo de Alimentação Pública |            |             | 7,00        |
| Consumo de Alimentação Pública |            |             | 15,00       |

TOTAL OAFATURA

**\$5.58**

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| CONTROLE DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                |            |            |            |            |           |               |
|---------------------------------------|----------------|------------|------------|------------|------------|-----------|---------------|
| Nº DO RECEIPIO                        | Tipo DA FUMCAO | DATA       | ANTERIOR   | ATUAL      | Nº DE DIAS | CONSTANTE | CONSUMO @ WHO |
| 11022790                              | CA1            | 15/04/2016 | 15/04/2016 | 15/04/2016 | 1          | 1.0000    | 0,00          |

[illegible]

IMPORTANCE OF IMPORTANCE

**OS PRINCIPAIS BENEFÍCIOS DA VITAMINA D**

A vitamina D é essencial para a saúde óssea, pois ajuda na absorção do cálcio. Além disso, ela desempenha um papel importante no sistema imunológico, ajudando a combater infecções e doenças. A deficiência de vitamina D pode levar a problemas como osteoporose, fraqueza muscular e doenças autoimunes.

**Fontes de vitamina D:**

- Exposição solar direta (principal fonte natural).
- Alimentos: peixes gordurosos (salmão, atum), ovos, leite fortificado.
- Suplementos vitamínicos.

**Importância da vitamina D para a saúde:**

- Previne a osteoporose e fortalece os ossos.
- Auxilia na regulação do sistema imunológico.
- Pode ajudar a controlar doenças crônicas, como diabetes e hipertensão.
- É crucial para a saúde mental, pois a deficiência está associada a depressão.

**Como garantir a ingestão adequada:**

- Exponha-se ao sol regularmente, mas evite o excesso.
- Consuma alimentos ricos em vitamina D.
- Consulte um médico para avaliar a necessidade de suplementação.

**Conclusão:** A vitamina D é um nutriente essencial para a saúde física e mental. Manter níveis adequados pode prevenir várias doenças e promover o bem-estar geral.

21. conditiuni pot fi ale  
 22. deosebite (24) (24) 24  
 23. 24 24, 24, 24, 24  
 24. 24 24 24 24 24 24  
 25. 24 24 24 24 24 24  
 26. 24 24 24 24 24 24  
 27. 24 24 24 24 24 24  
 28. 24 24 24 24 24 24  
 29. 24 24 24 24 24 24  
 30. 24 24 24 24 24 24  
 31. 24 24 24 24 24 24  
 32. 24 24 24 24 24 24  
 33. 24 24 24 24 24 24  
 34. 24 24 24 24 24 24  
 35. 24 24 24 24 24 24  
 36. 24 24 24 24 24 24  
 37. 24 24 24 24 24 24  
 38. 24 24 24 24 24 24  
 39. 24 24 24 24 24 24  
 40. 24 24 24 24 24 24  
 41. 24 24 24 24 24 24  
 42. 24 24 24 24 24 24  
 43. 24 24 24 24 24 24  
 44. 24 24 24 24 24 24  
 45. 24 24 24 24 24 24  
 46. 24 24 24 24 24 24  
 47. 24 24 24 24 24 24  
 48. 24 24 24 24 24 24  
 49. 24 24 24 24 24 24  
 50. 24 24 24 24 24 24  
 51. 24 24 24 24 24 24  
 52. 24 24 24 24 24 24  
 53. 24 24 24 24 24 24  
 54. 24 24 24 24 24 24  
 55. 24 24 24 24 24 24  
 56. 24 24 24 24 24 24  
 57. 24 24 24 24 24 24  
 58. 24 24 24 24 24 24  
 59. 24 24 24 24 24 24  
 60. 24 24 24 24 24 24  
 61. 24 24 24 24 24 24  
 62. 24 24 24 24 24 24  
 63. 24 24 24 24 24 24  
 64. 24 24 24 24 24 24  
 65. 24 24 24 24 24 24  
 66. 24 24 24 24 24 24  
 67. 24 24 24 24 24 24  
 68. 24 24 24 24 24 24  
 69. 24 24 24 24 24 24  
 70. 24 24 24 24 24 24  
 71. 24 24 24 24 24 24  
 72. 24 24 24 24 24 24  
 73. 24 24 24 24 24 24  
 74. 24 24 24 24 24 24  
 75. 24 24 24 24 24 24  
 76. 24 24 24 24 24 24  
 77. 24 24 24 24 24 24  
 78. 24 24 24 24 24 24  
 79. 24 24 24 24 24 24  
 80. 24 24 24 24 24 24  
 81. 24 24 24 24 24 24  
 82. 24 24 24 24 24 24  
 83. 24 24 24 24 24 24  
 84. 24 24 24 24 24 24  
 85. 24 24 24 24 24 24  
 86. 24 24 24 24 24 24  
 87. 24 24 24 24 24 24  
 88. 24 24 24 24 24 24  
 89. 24 24 24 24 24 24  
 90. 24 24 24 24 24 24  
 91. 24 24 24 24 24 24  
 92. 24 24 24 24 24 24  
 93. 24 24 24 24 24 24  
 94. 24 24 24 24 24 24  
 95. 24 24 24 24 24 24  
 96. 24 24 24 24 24 24  
 97. 24 24 24 24 24 24  
 98. 24 24 24 24 24 24  
 99. 24 24 24 24 24 24  
 100. 24 24 24 24 24 24

| DISTRIBUIÇÃO E PRODUÇÃO DAS ENTIDADES |                       |             |               |               | MUNICÍPIO DE MANGUÁ |               |
|---------------------------------------|-----------------------|-------------|---------------|---------------|---------------------|---------------|
| DESCRIÇÃO DO EMPREGO                  | VALOR RECEBIDO em R\$ | VALOR GERAL | VALOR LÍQUIDO | VALOR LÍQUIDO | VALOR LÍQUIDO       | VALOR LÍQUIDO |
| FIC                                   | 0,00                  | 0,00        | 0,00          | 0,00          | 0,00                | 0,00          |
| Empreg                                | 0,00                  | 0,00        | 0,00          | 0,00          | 0,00                | 0,00          |
| Valor Geral                           | 12,22                 | 12,22       | 12,22         | 12,22         | 12,22               | 12,22         |

CONTA CONTRATO 7308352010 MEUANO 07/2016 - DATA DE ENCERRAMENTO 20/07/2016 TOTAL A PAGAR (R\$)

45.58

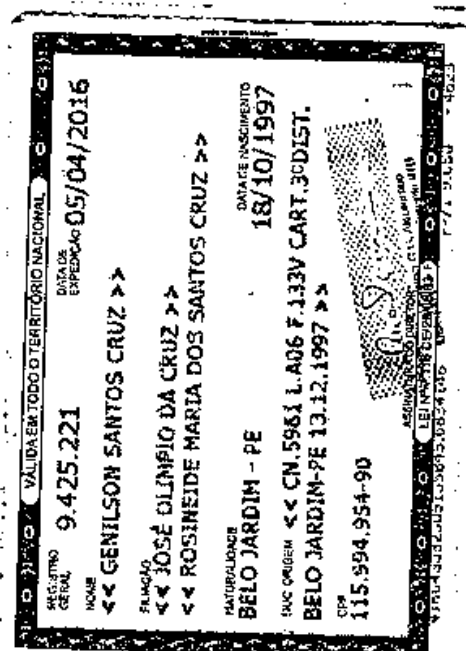
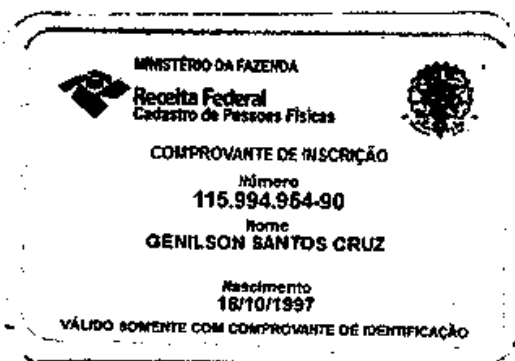
83850000000-R 455R0011007-E 00025201010-0 06637110US-1



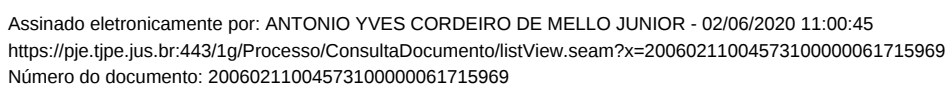
|                                                           |                           |                                      |                        |                        |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|------------------------|------------------------|
| <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>                     |                           | <b>DETRAN - PE</b>                   |                        | <b>Nº 012382720885</b> |
| <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b> |                           |                                      |                        |                        |
| <b>DATA</b>                                               | <b>CCD RECIBIM.</b>       | <b>PARTIC</b>                        | <b>SERIEÇÃO</b>        |                        |
| 1                                                         | 1084922476                | *****                                | 2016                   |                        |
| <b>GENILSON SANTOS CRUZ</b>                               |                           |                                      |                        |                        |
| <b>BELO JARDIM-PE</b>                                     |                           | <b>PLACA</b>                         | <b>FDD3884</b>         |                        |
| <b>115.994.954-90</b>                                     | <b>9C2JB01006R050792</b>  | <b>GASOLINA</b>                      |                        |                        |
| <b>VPS MOTOCICLETA</b>                                    | <b>HONDA / POP 110I</b>   | <b>BRANCA</b>                        |                        |                        |
| <b>2P/10RCL</b>                                           | <b>PARTIC</b>             | <b>QUANTIDADE</b>                    |                        |                        |
| <b>IPVA 2016 QUITADO</b>                                  | <b>INSCRIÇÃO</b>          | <b>DATA DE PAGAMENTO</b>             |                        |                        |
| <b>SEGURO PAGO</b>                                        | <b>DATA DE VENCIMENTO</b> | <b>DATA DE PAGAMENTO</b>             |                        |                        |
| <b>AL FID ADM CONS NAC HONDA LTDA</b>                     |                           | <b>DATA</b>                          | <b>29/04/16</b>        |                        |
| <b>BELO JARDIM-PE</b>                                     |                           | <b>CHARLES ANDREWS SOUSA RIBEIRO</b> | <b>DIRETOR GERENTE</b> |                        |

17 ABR 2017





ARUANA SEGUROS  
17 ABR 2017



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170214556 **Cidade:** Sanharó **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO BENEDITO DE LIMA **Data do acidente:** 10/03/2016 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 29/06/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO E NO OMBRO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

### DANOS

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

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170214556 **Cidade:** Sanharó **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO BENEDITO DE LIMA **Data do acidente:** 10/03/2016 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de clavícula esquerda.

**Descrição do exame médico pericial:** deficit funcional leve do ombro esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador com imobilização em oito por 90 dias, há 1 ano e 4 meses, sem complicações. evoluiu com limitação na elevação do ombro esquerdo

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 07/07/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO

**Médico examinador:** DANIEL HENRIQUE GALVAO FERREIRA

**CRM do médico:** 13.735 - PE

**UF do CRM do médico:** PE

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                         |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





# PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Antônio Benedito de Lima, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Aqueleito, residente e domiciliado à Rua Manoel Pereira de Araújo nº 249, bairro Centro / Xucuru, Município de Bele Jardim, Estado PE, Cep: 55165-970, portador(a) do Rg nº 6.478.110, SDS/ PE e CPF nº 067.218.904-61.

**Outorgado:** CARLA MARIA FIRMINO MELO, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua NUMERIANO ALVES BEZERRA, nº 37, bairro : CENTRO, Município de BELO JARDIM, Estado de (o) PERNAMBUCO Cep: 55150-020, portador (a) do RG nº 9 179 608, SDS/ PE e CPF nº 076.723.044-29.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Antônio Benedito de Lima, ocorrido em 10 de 03 de 16, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar **Declarações de endereço**, assinar **Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT**, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Bele Jardim, 15 de julho de 2016.

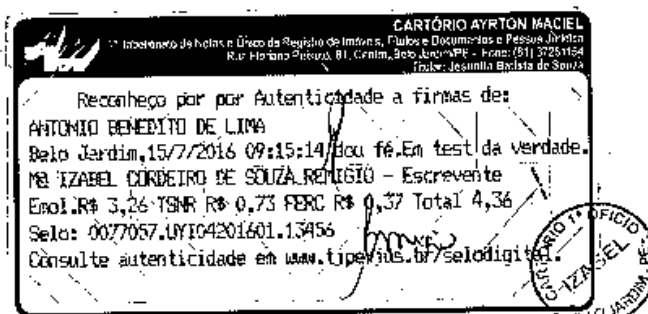


Antônio Benedito de Lima

Outorgante

CPF Nº 067.218.904-61

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



17 ABR 2017



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2017

Carta nº: 10883957

A/C: ANTONIO BENEDITO DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170214556 ASL-0148918/17  
Vitima: ANTONIO BENEDITO DE LIMA  
Data Acidente: 10/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01615/01616 - carta\_01



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2017

Carta nº: 10884117

A/C: ANTONIO BENEDITO DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170214556 ASL-0148918/17  
Vítima: ANTONIO BENEDITO DE LIMA  
Data Acidente: 10/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 17/04/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 10/03/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00499/00500 - carta\_03



Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2017

Carta nº: 11222477

A/C: ANTONIO BENEDITO DE LIMA

Sinistro: 3170214556 ASL-0148918/17  
Vítima: ANTONIO BENEDITO DE LIMA  
Data Acidente: 10/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01041/01042 - carta\_02

00050521



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2017

Carta nº: 11332707

A/C: ANTONIO BENEDITO DE LIMA

Sinistro: 3170214556 ASL-0148918/17  
Vitima: ANTONIO BENEDITO DE LIMA  
Data Acidente: 10/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ANTONIO BENEDITO DE LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000773

Conta: 0000027178-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |        |
|------------------|-----|--------|
| Multa:           | R\$ | 0,00   |
| Juros:           | R\$ | 0,00   |
| Total creditado: | R\$ | 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

|                                        |     |        |
|----------------------------------------|-----|--------|
| Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = | R\$ | 843,75 |
|----------------------------------------|-----|--------|

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01451/01452 - carta\_15R



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170214556 - 1  
Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO BENEDITO DE LIMA  
Endereço do(a) Examinado(a): RUA MANOEL PEREIRA DE ARUJO nº 249 - CENTRO - XUCURU/PE  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 6.478.110 - SSP  
Data local do exame: 07/07/2017 GARANHUNS/PE

## Resultado da Avaliação Médica

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

### Fratura de clavícula esquerda.

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

☒ SIM

☐ NÃO

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

☒ SIM

☐ NÃO

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

**Tratamento conservador com imobilização em oito por 90 dias, há 1 ano e 4 meses, sem complicações. evoluiu com limitação na elevação do ombro esquerdo**

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

☒ SIM

☐ NÃO

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

### deficit funcional leve do ombro esquerdo

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

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

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

**OMBRO ESQUERDO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

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

**NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO -**

Local e data de realização do exame médico legal:

**PE - GARANHUNS, 07/07/2017**

**Médico Perito: DANIEL HENRIQUE GALVAO FERREIRA CRM:13.735 - PE/PE**

  
DR. DANIEL GALVÃO  
Médico do Trabalho  
CRM - 13735  
CPE - 889.673.204-15

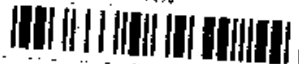
Assinatura do perito Examinador - CRM



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

DOCUMENTO 1 "T1%"



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

EU, Antonio Benedito de Lima

PORTADOR(A) DO RG Nº 6.438.110 EXPEDIDO POR SPS / PE EM 21 / 08 / 13 E

CPF 067218904-61 / CNPJ 000000000-00000000 PROFISSÃO aqueleto

E RENDA MENSAL DE R\$ 80,00 ( " ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0333 N° da CONTA (com dígito, se existir) 27178-65

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

Belagudima 15 de julho de 2016  
LOCAL E DATA

Antonio Benedito de Lima  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

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

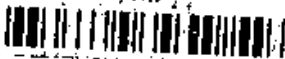




## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 314021455F

DOCUMENTO 1 "1196"



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

EU, Antonio Benedito de Lima,  
PORTADOR(A) DO RG Nº 6.438.410 - EXPEDIDO POR SDS/PE EM 21/08/13 E  
CPF 06421840401 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO aquele da  
E RENDA MENSAL DE R\$ 380,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIO BENEDITO DE LIMA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

### PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 10333 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00027178-6

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

ARUANA SEGUROS

19 JUN 2017

Belagandura 15 de Julho de 2016

LOCAL E DATA

Antonio Benedito de Lima

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

### ATENÇÃO

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



CAIXA

CAIXA

122-348090610-0  
02/MAI/2017  
HORA DE: 14:11:15  
TERM 046424

NOT. 15.022050-2  
LOCALIDADE: BELO JARDIM  
VINCULADA: 0773

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0773.00027170-5

NOME: ANTONIO BENEDITO DE LIMA

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

SALDO

OTA LIMITE

03/04

06/04

07/04

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012  
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

SALDO

OTA LIMITE

03/04

06/04

07/04

RESUMO EM 28/04

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

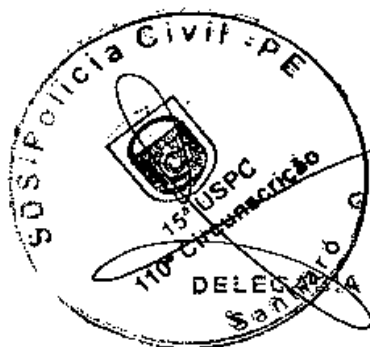
SALDO TOTAL

122-348090610-0

1ª VIA

ARUANA SEGUROS  
19 JUN 2017





DOCUMENTO 1 \*T196\*

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0200000083**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/03/2017** às **14:34**

Complementa o BO Número: 17E0200000014

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **10/3/2016** às **20:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANHARÓ, 1, BR 232, PRÓXIMO A ENTRADA DESTA CIDADE - Bairro: CENTRO - SANHARÓ/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO AUTORIA (BATEU EM UM ANIMAL) (AUTOR \ AGENTE)**  
**EDUARDO JOÃO DE LIMA (OUTRO)**  
**GENILSON SANTOS CRUZ (OUTRO)**  
**ANTONIO BENEDITO DE LIMA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Outros meios) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO BENEDITO DE LIMA**

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

**ANTONIO BENEDITO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JUDITE SEVERINO DE LIMA Pai: JOÃO BENEDITO DE LIMA Data de Nascimento: 12/12/1981 Naturalidade: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6473110/SOS/PE (RG) Estado CMI: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU INCOMPLETO Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 249, RUA MANOEL PEREIRA DE ARAÚJO, DISTRITO XUCURÚ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO AUTORIA (BATEU EM UM ANIMAL) (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: DESCONHECIDO Pai: DESCONHECIDO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado CMI: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO**

**GENILSON SANTOS CRUZ (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NÃO INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado CMI: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO**

16/3/2017 14:32



EDUARDO JOÃO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JUDITE SEVERINA DE LIMA Pai: JOÃO BENEDITO DE LIMA Data de Nascimento: 16/11/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SANHARO, 1, RUA MANOEL PEREIRA DE ARAÚJO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANHARO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GENILSON SANTOS CRUZ, que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO BENEDITO DE LIMA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: Não  
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: FDD3884 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Registro: 108492247 Chassi: 9CZJ380100GR056793  
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: GASOLINA  
Detalhamento: HONDA / POP 110i

#### Complemento / Observação

SENHOR DELEGADO, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O SENHOR ANTONIO BENEDITO DE LIMA PARA INFORMAR QUE SEU IRMÃO ESTAVA VINDO PARA ESTA CIDADE CONDUZINDO A MOTOCICLETA, QUANDO UM CÃO PASSOU NA FRENTE DA MOTOCICLETA, VINDO A BATER NO MESMO, E, POR CONTA DISSO, PERDEU O CONTROLE DO VEICULO CAINDO NA PISTA DE ROLAMENTO. LOGO APÓS O OCORRIDO, AS VÍTIMAS FORAM LEVADAS PELO SAMU PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE, CONFORME Nº DA FICHA DE ATENDIMENTO 17775. SENHOR DELEGADO, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA, MAIS UMA VEZ, O SENHOR ANTONIO BENEDITO DE LIMA PARA PROCEDER COM A COMPLEMENTAÇÃO DESTE BOLETIM, SENDO ADICIONADAS AS PESSOAS DE GENILSON SANTOS CRUZ (DONO DA MOTOCICLETA) E EDUARDO JOÃO DE LIMA (CONDUTOR).

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

ANTONIO BENEDITO DE LIMA  
(FIM)

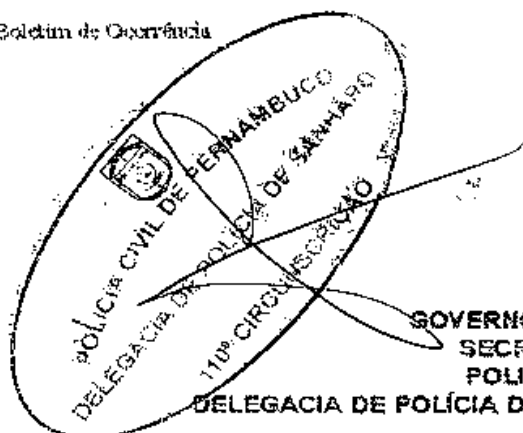
*Antonio Benedito de Lima*

B.O. registrado por: VENANCIO GOMES DE OLIVEIRA JUNIOR - Matrícula: 324262-3



16/09/2017 14:32





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 110ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANHARÓ - DP110CIRC  
DINTER/15º DESEC

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0200000014

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/01/2017 às 14:20

Complementa o BO Número: 16E0200000395

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 10/12/2016 às 20:00**

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE SANHARÓ, 1, BR 232, PRÓXIMO A ENTRADA DESTA CIDADE - Bairro: CENTRO - SANHARÓ/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO AUTORIA ( BATEU EM UM ANIMAL ) ( AUTOR AGENTE )  
EDUARDO JOÃO DE LIMA ( OUTRO )  
GENILSON SANTOS CRUZ ( OUTRO )  
ANTÔNIO BENEDITO DE LIMA ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(s) Sr(a): ANTONIO BENEDITO DE LIMA

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

ANTÔNIO BENEDITO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JUDITE SEVERINO DE LIMA Pai: JOÃO BENEDITO DE LIMA Data de Nascimento: 12/12/1981 Nacionalidade: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6478110/SSS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(a) Escolaridade: 3º. GRAU INCOMPLETO Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 249, RUA MANOEL FERREIRA DE ARAÚJO, DISTRITO XUCURU - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO AUTORIA ( BATEU EM UM ANIMAL ) (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: DESCONHECIDO Pai: DESCONHECIDO Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

GENILSON SANTOS CRUZ (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NÃO INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

EDUARDO JOÃO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JUDITE SEVERINO DE LIMA Pai: JOÃO BENEDITO DE LIMA Data de Nascimento: 16/11/2001 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /

ARUANA SEGUROS  
17 ABR 2017



BRASIL, Estado Civil: CASADO(a) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO  
Endereço Residência: MUNICIPIO DE SANHARO, 01, RUA HANDEL PEREIRA DE ARAÚJO - CEP: 55000-000 -  
Bairro: CENTRO - SANHARO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): GENILSON SANTOS CRUZ, que estava em posse do(s)  
Sr(s): ANTONIO BENEDITO DE LIMA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto essencial: CEE  
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDD3224 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 108482247 Chassi: 9CZJ8D100GR050793  
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: GASOLINA  
Descrição: HONDA / POP 110i

### Complemento / Observação

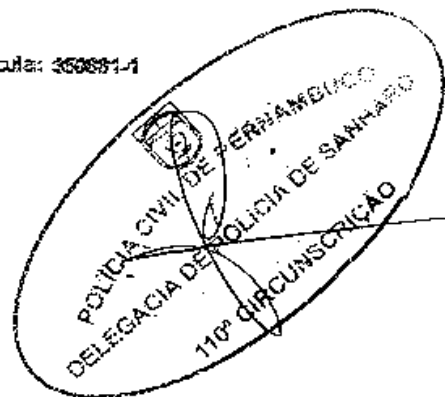
SENHOR DELEGADO, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA O SENHOR ANTONIO BENEDITO DE LIMA PARA INFORMAR QUE SEU IRMÃO ESTAVA VINDO PARA ESTA CIDADE CONDUZIDO A MOTOCICLETA, QUANDO UM CÃO PASSOU NA FRENTE DA MOTOCICLETA, VINDO A BATER NO MESMO, E, POR CONTA DISSO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO CAÍDO NA PISTA DE ROLAMENTO. LOGO APÓS O OCORRIDO, AS VÍTIMAS FORAM LEVADAS PELO SAMU PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE, CONFORME Nº DA FICHA DE ATENDIMENTO 47778. SENHOR DELEGADO, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, MAIS UMA VEZ, O SENHOR ANTONIO BENEDITO DE LIMA PARA PROCEDER COM A COMPLEMENTAÇÃO DESTA BOLEIM, SENDO ALCIONADAS AS PESSOAS DE GENILSON SANTOS CRUZ (DONO DA MOTOCICLETA) E EDUARDO JOÃO DE LIMA (CONDUTOR).

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

ANTONIO BENEDITO DE LIMA  
(VITIMA)

*Antonio Benedito de Lima*

S.O. registrado por: JOSÉ WILSON SANTANA DE MENDONÇA - Matrícula: 35081-1



ARUANA SEGUIROS  
17 ABR 2017





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde  
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde

## REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| DADOS DA NOTIFICAÇÃO             | Município de Notificação Sanharó - PE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Geres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |
|                                  | Unidade Sentinela UNIDADE MISTA JOAO XXIII                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | CNES 2638851                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Vítima Nº |
|                                  | Data do atendimento 10/03/2016 às 2000-01-01 20:33:00 -0200                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Número de Registro/Prontuário 000025066                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
| DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA | Nome ANTONIO BENEDITO DE LIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
|                                  | Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Data de nascimento 12/12/1981 <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
|                                  | Idade 34 <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Ocupação AGRICULTOR <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
|                                  | Município de residência Belo Jardim - PE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Código IBGE 260170                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |
|                                  | Raça/cor <input checked="" type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 5 Indígena <input type="checkbox"/> 9 Ignorada                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
| DADOS DO ACIDENTE                | Município onde ocorreu o acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
|                                  | Zona de ocorrência <input type="checkbox"/> 1 Urbana <input type="checkbox"/> 2 Rural <input type="checkbox"/> 9 Ignorada                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
|                                  | Endereço do acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
|                                  | Data do acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Hora do acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
|                                  | Dia da semana do acidente<br><input type="checkbox"/> 1 DOM <input type="checkbox"/> 2 SEG<br><input type="checkbox"/> 3 TER <input type="checkbox"/> 4 QUA<br><input type="checkbox"/> 5 QUI <input type="checkbox"/> 6 SEX<br><input type="checkbox"/> 7 SAB                                                                                                                                                         |  | Tipo de Vítima<br><input type="checkbox"/> 1 Condutor <input type="checkbox"/> 2 Pedestre<br><input type="checkbox"/> 3 Passageiro conduzido adequadamente<br><input type="checkbox"/> 4 Passageiro conduzido inadequadamente<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                 |           |
|                                  | Meio de locomoção da vítima no momento do acidente<br><input type="checkbox"/> 1 A pé <input type="checkbox"/> 2 Automóvel <input type="checkbox"/> 3 Motocicleta<br><input type="checkbox"/> 4 Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 Coletivo <input type="checkbox"/> 6 Veículo Pesado<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 8 Outro                                                        |  | Acidente relacionado ao trabalho?<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |
|                                  | Tipo de acidente<br><input type="checkbox"/> 1 Colisão/abaixoamento <input type="checkbox"/> 9 Ignorado<br><input type="checkbox"/> 2 Atropelamento<br><input type="checkbox"/> 3 Tombamento/capotamento<br><input type="checkbox"/> 8 Outro                                                                                                                                                                           |  | Outra parte envolvida no acidente<br><input type="checkbox"/> 1 Automóvel <input type="checkbox"/> 2 Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 Bicicleta<br><input type="checkbox"/> 4 Coletivo <input type="checkbox"/> 5 Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 Animal<br><input type="checkbox"/> 7 Veículo pesado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica<br><input type="checkbox"/> 8 Outro |           |
|                                  | Fatores relacionados ao acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
|                                  | Excesso de velocidade<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Uso de sinto de segurança pela vítima<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica                                                                                                                                                                                                                                           |           |
|                                  | Uso de celular pelo condutor<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Uso de bebida alcoólica pelo condutor<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
|                                  | Avanço de sinal<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Uso de capacete pela vítima<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
|                                  | Sono do condutor<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Condutor tem habilitação<br><input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica                                                                                                                                                                                                                                                        |           |
|                                  | Outro fator relacionado ao acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
|                                  | Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela<br><input type="checkbox"/> 1 Veículo particular <input type="checkbox"/> 2 Viatura policial <input type="checkbox"/> 3 SAMU <input type="checkbox"/> 4 Resgate/Bombeiro<br><input type="checkbox"/> 5 Ambulância <input type="checkbox"/> 6 Coletivo <input type="checkbox"/> 7 A pé <input type="checkbox"/> 8 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
|                                  | Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela<br><input type="checkbox"/> 1 Consciente <input type="checkbox"/> 2 Inconsciente<br><input type="checkbox"/> 5 Morto <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                            |  | Transferência da Vítima<br><input type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |
| NOTIFICADOR                      | Responsável pelo preenchimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
|                                  | Observações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |

Função  
CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS DE SANHARÓ  
Titular: NEXIDILANE CAVALCANTI DOS SANTOS  
Telefone: (87) 3836-1236  
Este documento está conforme com o original que me foi apresentado nesta ato. Dou fé.  
Selo: 0075877.NYE08201602.02001 09/09/2016 09:05:06  
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



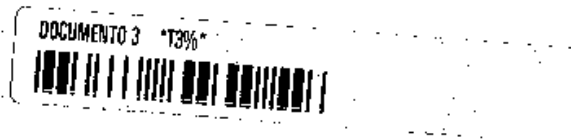
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antonio Benedito de Lima, portador da carteira de identidade nº 6.478.110 e inscrito no CPF/MF sob o nº 067.218.904-61, residente e domiciliado na Rua Manoel Pereira de Araújo - 249, Cidade Belo Jardim, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ☐ ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ☐ ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

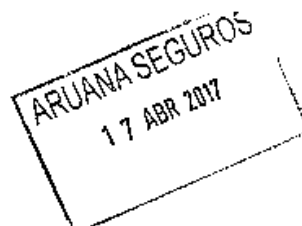


Antonio Benedito de Lima

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Belo Jardim, 15 de julho de 2016

Local e data





Prefeitura Municipal de Sanharó - PE  
Secretaria de Saúde de Sanharó - PE  
SAMU – Sanharó - PE



SAMU  
192

DOCUMENTO 2 \*T2%



## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Srº: Antônio Benedito de Lima, CPF: 067.218.904-61, RG: 6.478.110, que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE, BASE SANHARÓ – PE**, atendimento realizado por este serviço ao MESMO, no dia 10 de março de 2016, às 20h e 20min, no endereço: Estrada, sentido ao distrito de Xucuru / Sanharó - PE, com queixa de queda de moto, tendo sido enviada a Unidade de Suporte Básico, que prestou atendimento a vítima, transportando-a para Unidade Mista João XXIII, Sanharó – PE.

De acordo com o registro de informações do **SAMU REGIONAL AGRESTE, BASE SANHARÓ – PE**, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: Inalação de oxigênio, Imobilização padrão, monitoração cardíaca e remoção para o hospital local.

Sanharó, 22 de Agosto de 2016.

Regiane Valério da S. Moura  
ENFERMEIRA  
COREN 432.988

Regiane Valério  
Coordenadora Técnica

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE, BASE SANHARÓ – PE  
em 09/09/16

Ass. do Responsável

Parentesco: o mesmo

CPF:

RG:

