



Número: **0020330-83.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71799 319	30/11/2020 14:32	2731723_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00203308320208172001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.º, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
RECIFE, 26 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 14:32:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113014323154900000070392385>
Número do documento: 20113014323154900000070392385

Num. 71799319 - Pág. 1



Número: **0020330-83.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

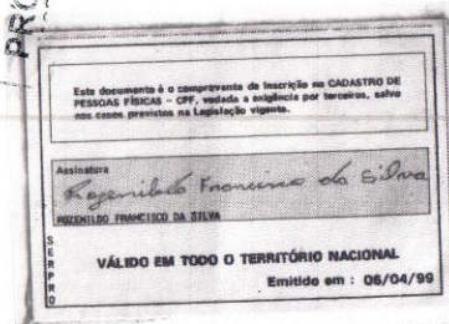
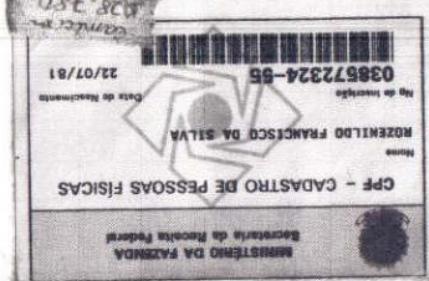
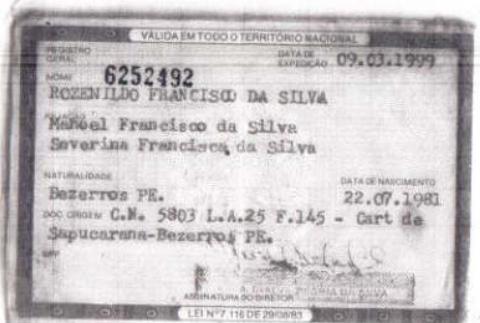
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71799 321	30/11/2020 14:32	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 14:32:32
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011301432316760000070392387>
Número do documento: 2011301432316760000070392387

Num. 71799321 - Pág. 1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

038.572.324-55 Roserilda Francisca da Silva

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

5 - Nome completo: Roserilda Francisca da Silva 6 - CPF: 038.572.324-55
 7 - Profissão: Reason - se 8 - Endereço: Rua Joaquim Nabuco 9 - Número: 30 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Camocim de São Félix 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55665-000
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 9 9258-3087

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2192

CONTA: 72101

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (herdeira): Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)

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

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

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

40 - Local e Data:

Pancam de São Félix 24/01/2020
 Roserilda Francisca da Silva

38 - 1º | Nome:

CPF: 038.572.324-55

Assinatura da testemunha: 2020/01/24

39 - 2º | Nome:

CPF: 038.572.324-55

Assinatura da testemunha: 2020/01/24

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha: 2020/01/24

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.D01 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 14:32:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113014323167600000070392387>
Número do documento: 20113014323167600000070392387

Num. 71799321 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
 DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0179003158**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/12/2019** às **14:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **11/11/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 01, SÍTIO SANTA LUZIA - Bairro: DO CAMPO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PÚBLICA / SÍTIO SANTA LUZIA, PRÓXIMO A SEMENTEIRA/ESTUFA DE SILVANO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

, (AUTOR / AGENTE)
 JACILDO JOSÉ DOS SANTOS (OUTRO)
 JOSÉ LUCIANO DOS SANTOS (TESTEMUNHA)
 JOSÉ SEBASTIÃO DE SANTANA NETO (TESTEMUNHA)
 ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA

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

ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: SEVERINA FRANCISCA DA SILVA
 Pai: MANOEL FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 22/7/1981 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6252492/SSP/PE (RG), 03857232455 (CPF), 05217299497 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTOTAXISTA Telefones Celulares: - 81996775707

Endereço Residencial: RUA DONA HERCULINA, 1 - CEP: 55665000 - Bairro: - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO /BRASIL

JACILDO JOSÉ DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: , Pai: , Data de Nascimento: 1/1/1930 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

, (não presente ao plantão) - Sexo: DesconhecidoMãe: , Pai: , Data de Nascimento: 1/10/1930 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSÉ LUCIANO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: , Pai: , Data de Nascimento: 1/10/1930 Naturalidade: CAMOCIM DE SAO FELIX / PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço Residencial: RUA DONA HERCULINA, 36 - CEP: 55665000 - Bairro: - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO /BRASIL

JOSÉ SEBASTIÃO DE SANTANA NETO (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: , Pai: , Data de Nascimento: 10/10/1930 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

20/12/2019 14:33



Endereço Residencial: RUA DONA HERCULINA, 56 - CEP: 55665000 - Bairro: - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO /BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA/NXR160 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JACILDO JOSÉ DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE) Unitário: (REAL)

Placa: PCQ2877 (PERNAMBUCO/CAMOCIM DE SAO FELIX) Renavam: 105440888 Chassi: 9C2KD0800FR031454

Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCO/GASOL

Descrição: PAS/MOTOCICLETA/HONDA NXR160 ALCO/GASOL DE COR VERMELHA, A REFERIDA MOTO AINDA SE ENCONTRA EM NOME DO SR. JACILDO

Complemento / Observação

ESCLARECE A VÍTIMA QUE ESTAVA VINDO DO Povoado de SANTA LUZIA, ZONA RURAL DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX-PE, DE UMA VIAGEM, QUANDO SE DEPAROU COM UMA OUTRA MOTO DE CARACTERÍSTICAS NÃO SABIDAS, EM ALTA VELOCIDADE, CONDUZIDA POR UMA PESSOA DESCONHECIDA, NÃO TENDO SIDO POSSÍVEL EVITAR A COLISÃO FRONTAL, RESULTANDO AS MOTOS DANIFICADAS E O SR. ROSENILDO FRANCISCO SOFRIDO VARIAS LESÕES, QUANDO POPULARES O CONDUZIRAM PARA A UNIDADE DE SAÚDE MAIS PRÓXIMA DA CIDADE DE CAMOCIM DE SÃO FELIX E, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES, DE IMEDIATO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU-PE, ONDE FICOU INTERNADO E PASSOU POR CIRURGIA.

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

X Rosenildo Francisco da Silva

ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: MARTA CABRAL XAVIER - Matrícula: 3854019



20/12/2019 14:33



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 14:32:32
<https://pje.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113014323167600000070392387>
Número do documento: 20113014323167600000070392387

Num. 71799321 - Pág. 6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

038.572.324-55 Roserilda Francisca da Silva

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

5 - Nome completo: Roserilda Francisca da Silva 6 - CPF: 038.572.324-55
 7 - Profissão: Reason - se 8 - Endereço: Rua Joaquim Nabuco 9 - Número: 30 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Camocim de São Félix 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55665-000
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 9 9258-3087

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2192

CONTA: 72101

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (herdeira): Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF: *038.572.324-55*

Assinatura da testemunha: *2019/01/2020*

39 - 2º | Nome:

CPF: *PROTOCOLO*

Assinatura da testemunha: *Assinatura da testemunha*

40 - Local e Data:

Pancam de São Félix 24/01/2020

Roserilda Francisca da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.D01 V002/2019

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 14:32:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113014323167600000070392387>
Número do documento: 20113014323167600000070392387

Num. 71799321 - Pág. 8

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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200126921 **Vítima: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA**

Data do Acidente: 11/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 100%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =

R\$ 3.375,00

Recebedor: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002192

Conta: 0000072101-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200126921 **Vítima: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA**

Data do Acidente: 11/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15648031

Pag. 01841/01842 - carta_01 - INVALIDEZ



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: 30/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000072101-0

Nr. da Autenticação 99F1A956DFBA3620



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 14:32:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113014323167600000070392387>
Número do documento: 20113014323167600000070392387

Num. 71799321 - Pág. 11

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100220/20

Vítima: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

CPF: 038.572.324-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/11/2019

Titular do CPF: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA : 038.572.324-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/03/2020
Nome: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA
CPF: 038.572.324-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

JONATAN BARBOSA DE BARROS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200126921 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE LE FORT I.
FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO MAXILAR DIREITO.
FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00





SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

**UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO**

REGISTRO N°: 201.459
DATA 11/11/19
HORÁRIO: 11 H 45 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem:	Professional ACS:	
Nome do paciente: Rosendo Francisco da Silva		
Genitora: Rosendo Francisco da Silva		
Data nasc: 22/07/31	Idade: 38	Sexo: () MASC. () FEM. Cor:
Endereço: R. Dona Herculina		nº:
Bairro:	Ponto de referência:	
Profissão: Agricultor		
Nome do acompanhante:	() Filho () Outro	

LOCAL DE OCORRÊNCIA:

TIPO DE OCORRÊNCIA: () ACIDENTE DE TRÂNSITO () AGRESSÃO () OUTROS
() ACIDENTE DE TRABALHO () SUÍCIO

PACIENTE CHEGOU: () ANDANDO () AMBULÂNCIA () AUTOMÓVEL () OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. PESO: TEMP.:

QUEIXA PRINCIPAL:

Rio grande de volta, com sangramento nasal
dolor frontal nasal + malhar.

EXAME FÍSICO:

cor. lsd. sintose

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Erupção / Trauma de Face.

CID:

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

São Félix	0	SE 0,5 ml 180 ml IV
Data: 27/11/19	0	aloprostano 1 gr + SE 100 ml IV
Compr. dispensação	0	transfusão 2 ml + 2F 100 ml SV
Ass.: 0	0	COMPREV 20 MAR 2020

PROTOCOLO

DESTINO DO PACIENTE:

- () OBSERVAÇÃO CLÍNICA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APlicada

() DENTO: H MIN
() TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
() INTERNAMENTO HRA DNO

ALTA HOSPITALAR

DATA / /

HORA: :

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

000.147





DECLARAÇÃO

*Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Rozenildo Francisco da Silva*

*Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 11/11/2019 a
19/11/2019*

Registro: 348751

Diagnóstico: Fratura de Le fort 1 Esquerda + CZM Direito + OPN.

Tratamento: Cirúrgico .

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S02.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 09 de Dezembro de 2019

109.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste

Rua José Rodrigues de Jesus, Km 130

Indianópolis - CEP: 56000-000

setor de arquivo (SAME)

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru - PE- CEP
55.024.000
CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 14:32:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113014323167600000070392387>
Número do documento: 20113014323167600000070392387

Num. 71799321 - Pág. 15

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Gezenildo Francisco da Silva

Prontuário: 348751

Data: 11 / 11 / 19 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

fratura Le Fort I (+ C7u) + ORN

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

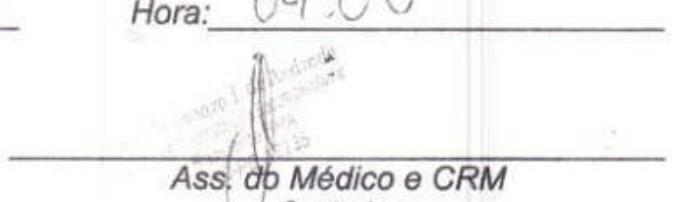
Retornar ao ambulatório do Dr. Geraldo Guedes no dia 25/11/19 às 7:00. OBS: Levar todos os exames e medicos com antecedência.

06:30

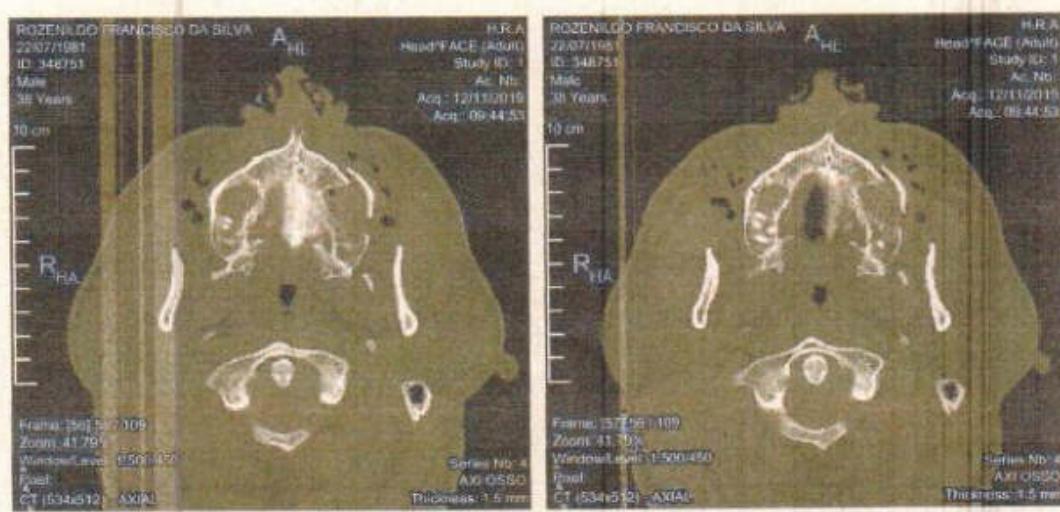
TRATAMENTO REALIZADO:

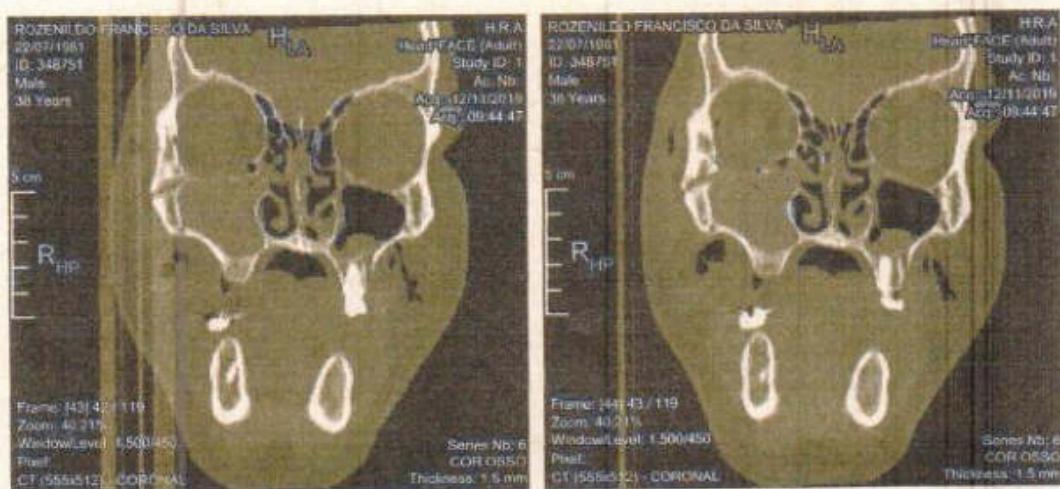
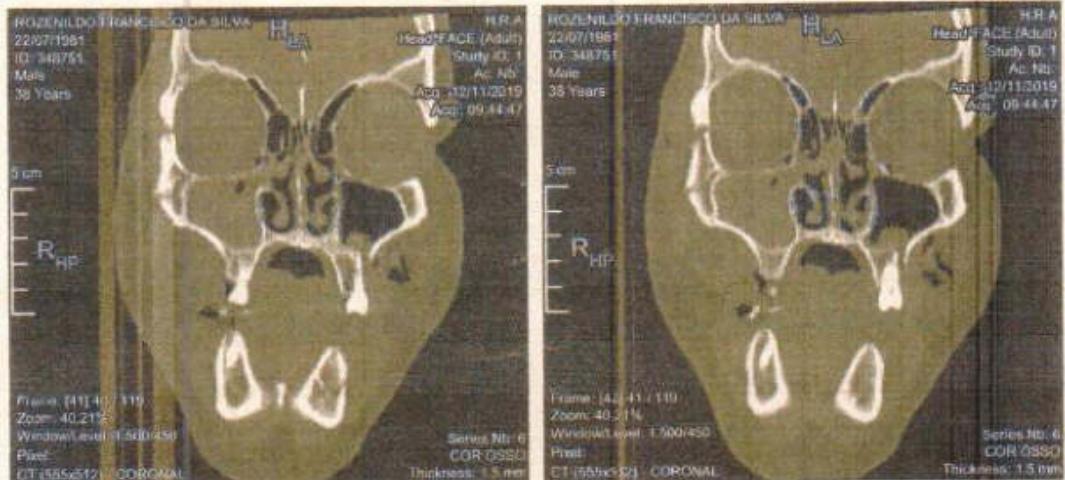
Retirada de fratura complexa orbita - zigomático - maxilar

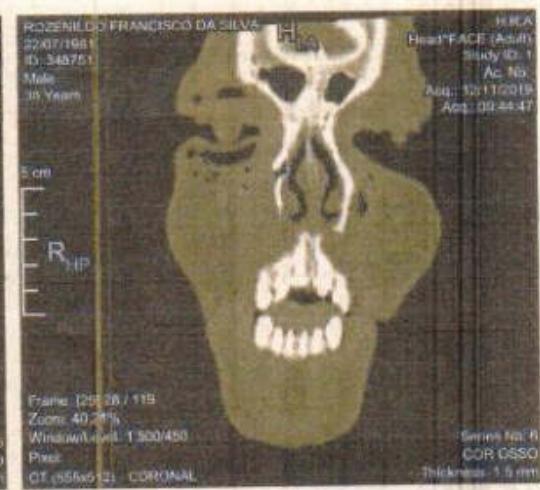
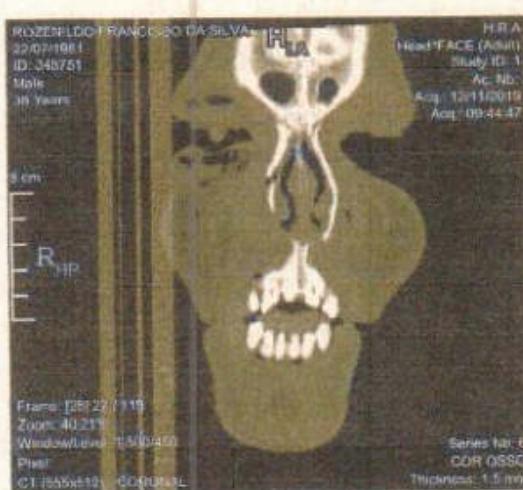
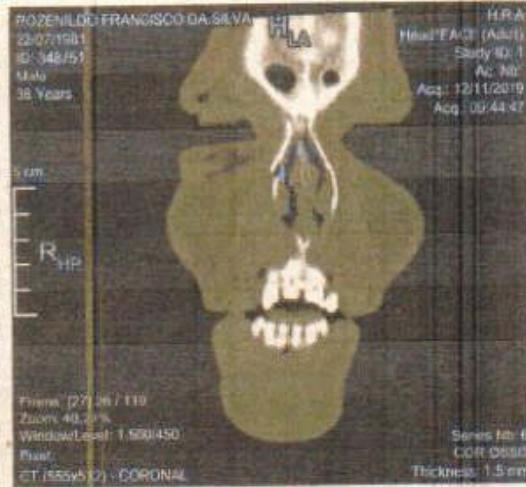
Alta Hospitalar: Data: 19 / 11 / 19 Hora: 09:00

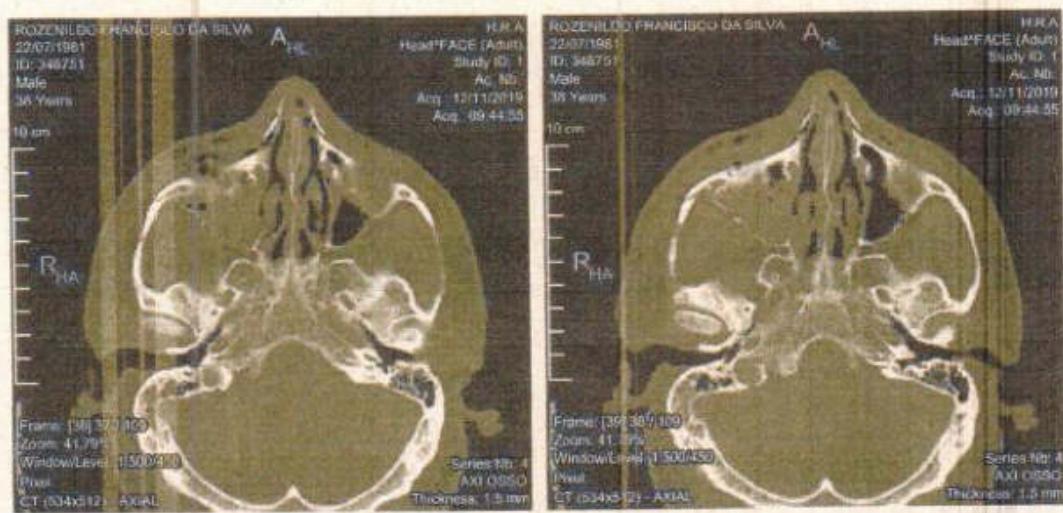
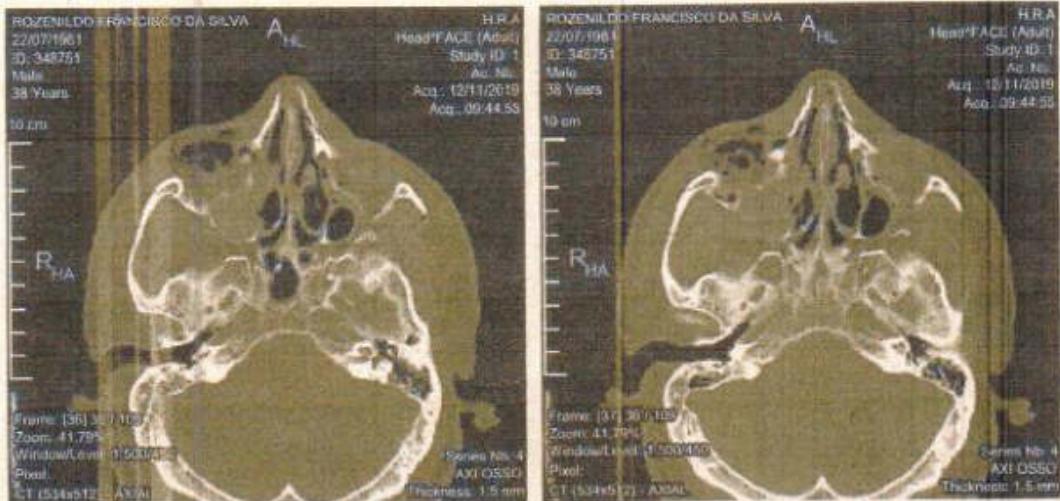

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



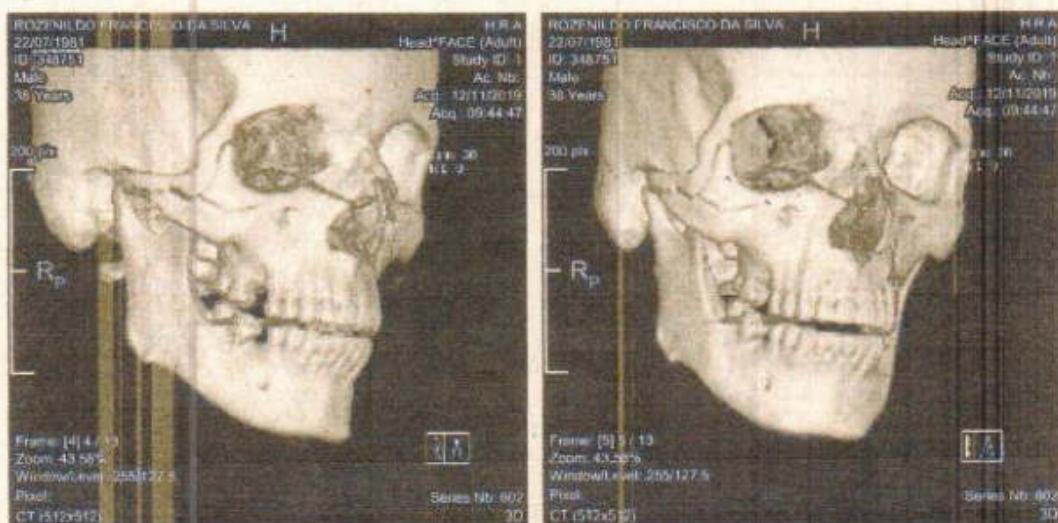
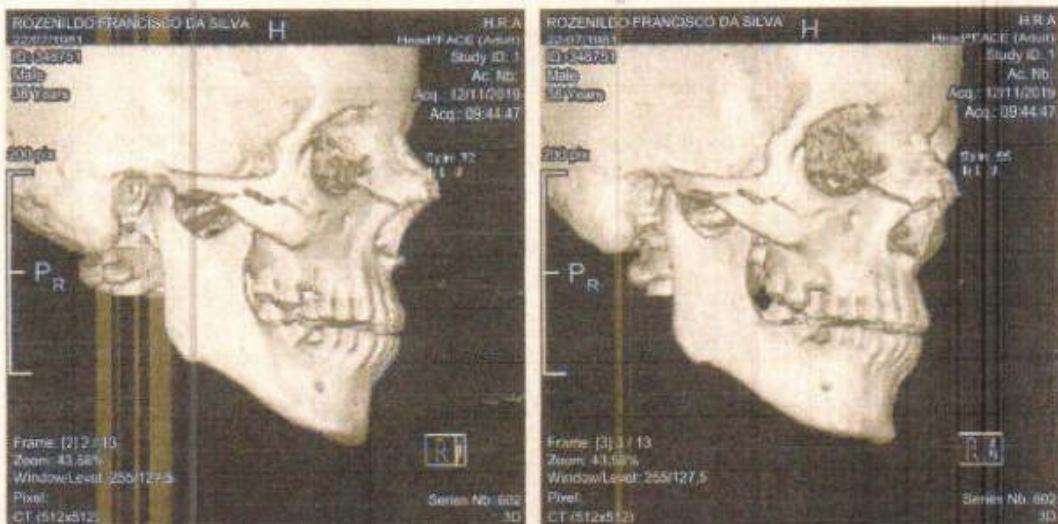


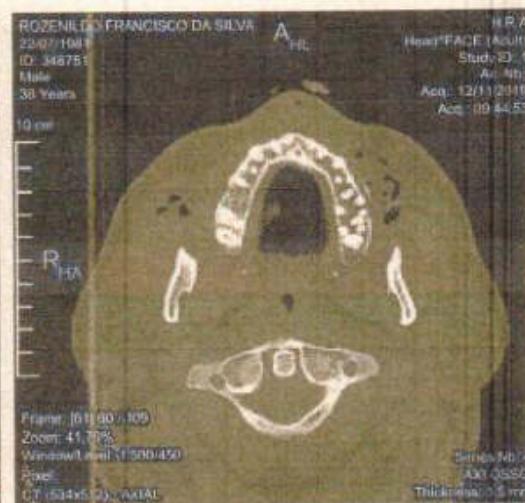
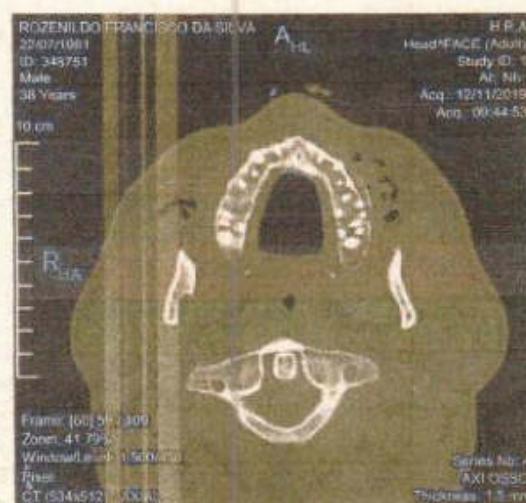
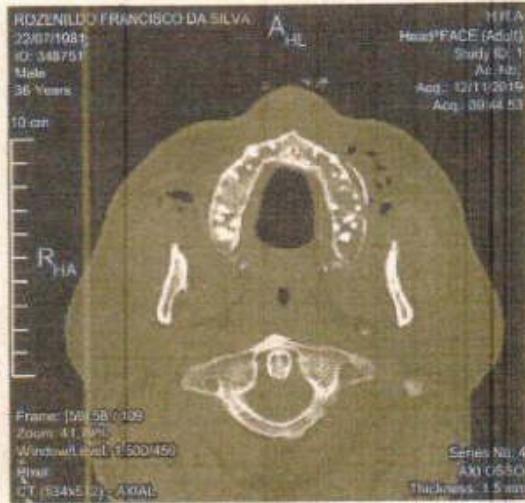
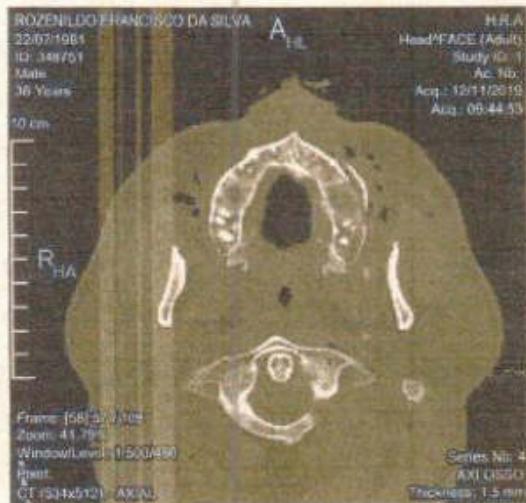


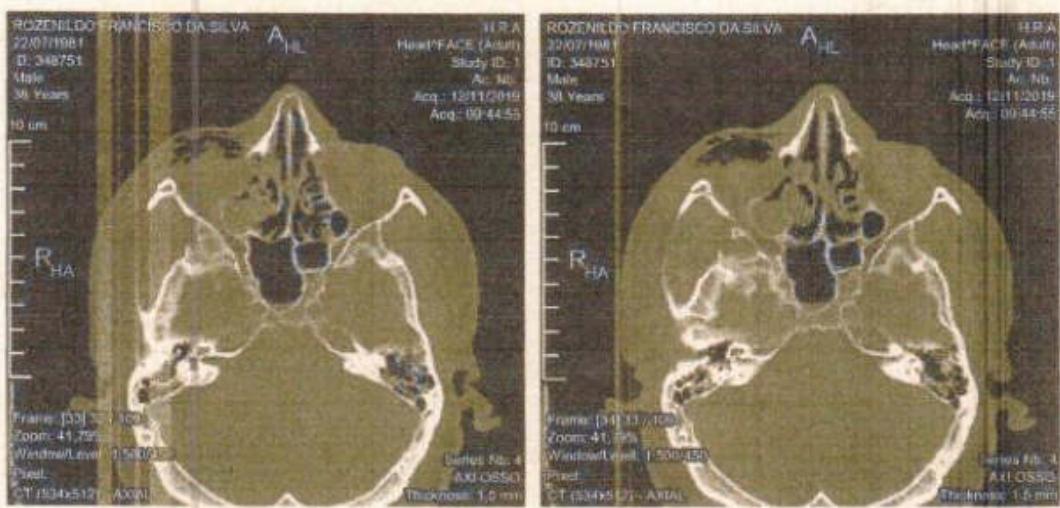
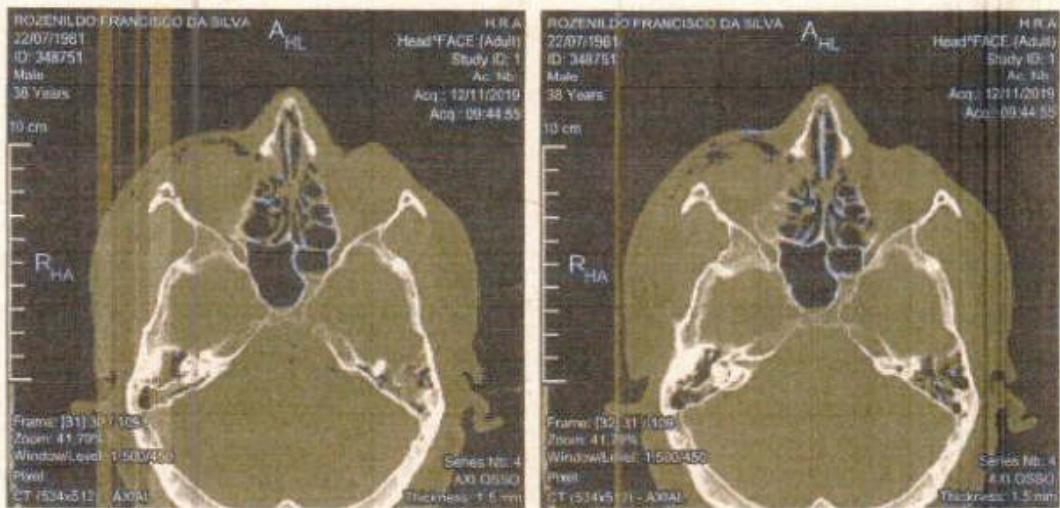


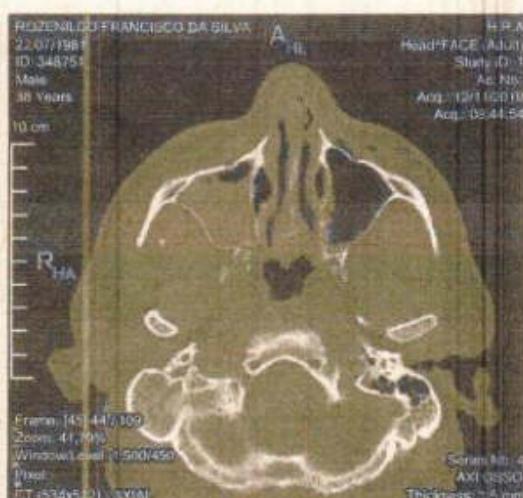
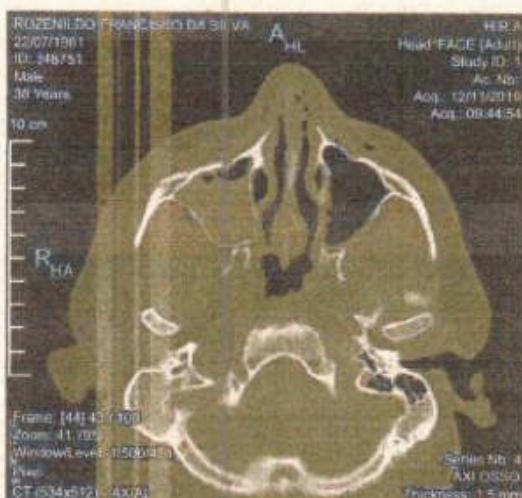
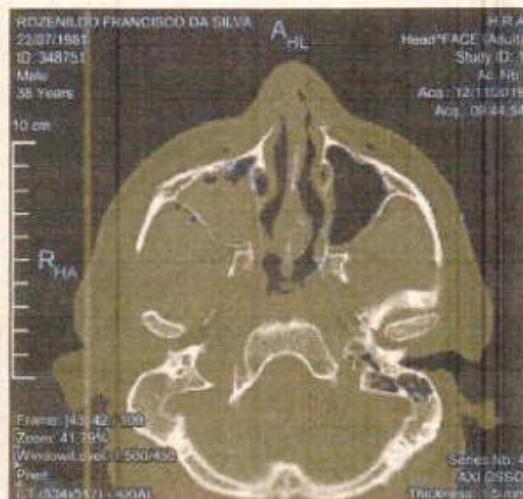
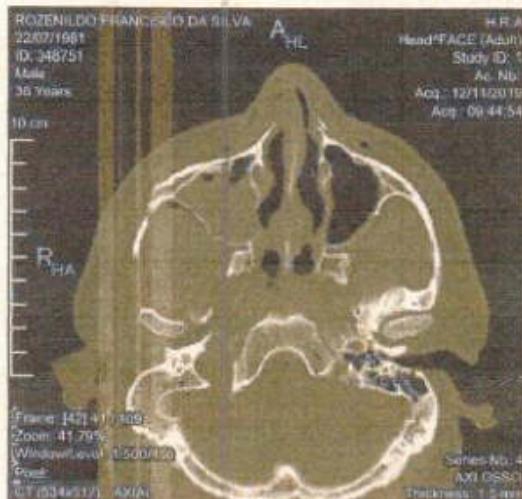


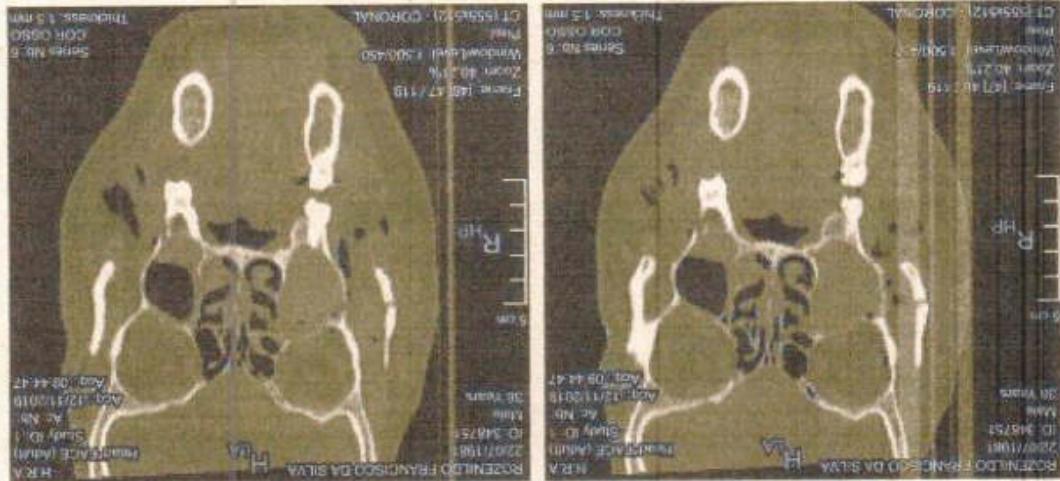
1.54







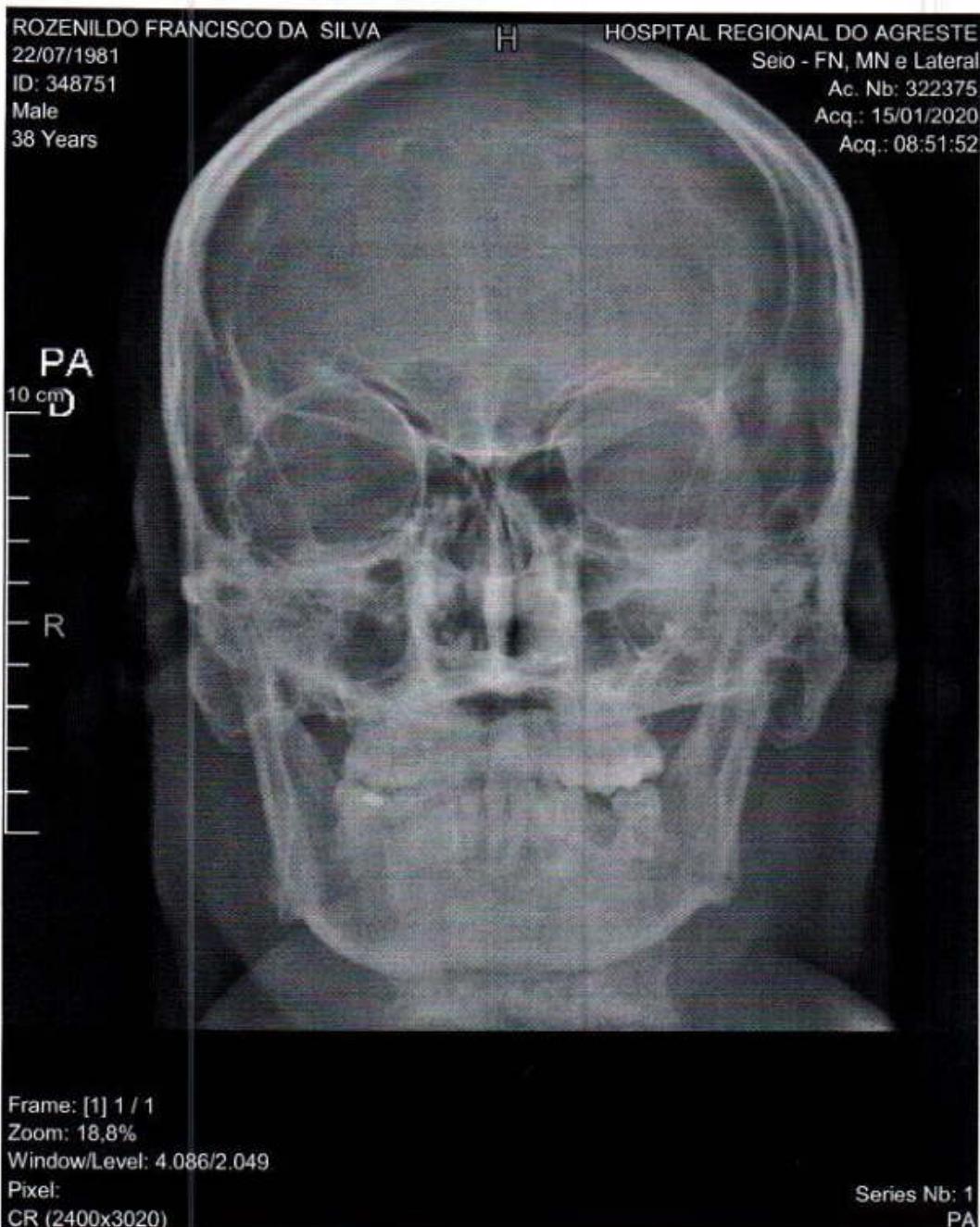






Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 14:32:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113014323167600000070392387>
Número do documento: 20113014323167600000070392387

Num. 71799321 - Pág. 26



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 14:32:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113014323167600000070392387>
Número do documento: 20113014323167600000070392387

Num. 71799321 - Pág. 27

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 014806079177	
ANO: 2019		EXPEDIÇÃO: B.N.T.R.C. 2019	
PLAÇA	IFVA	PLACA	FCZ2877
022.814.184-21	2019	DIAS/SE	31454
PLACA ANT. 022.814.184-21	ESPECIE TIPO: PAS /MOTOCICLETA	COMBUSTIVEL: ALCOOL/GASOL	
MARCA / MODELO: HONDA/VERMELHO		ANO FAB.: 2015	ANO MOD.: 2015
CAP / IPVA / ICN: 2P/162CL		CATEGORIA: PARTIC	ÓU/PREDOMINANTE: VERMELHA
COTA UNICA: IFVA 2019 QUINZE (15)		VEÍC. COTA UNICA: 1*	VEÍC. COTA TOTAL: 1*
PAGA IFVA: 1		VALOR CANTO COTAS: 2*	VALOR CANTO COTAS: 2*
A		PREMIO TOTAL (R\$): 0,2	DATA DE PAGAMENTO: 19/02/19
80.11		84.58	
ESERVIÇOS			
AL. FID. ADM. CONS. HONDA, LTDA			
CAMOCIN		DATA: 24/04/19	
Roberto Cordeiro Moreira Fontelles			
DIRETOR EXECUTIVO DETRAN/PE			

