



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**MOITA BONITA DA COMARCA DE MOITA BONITA**  
**Av. João Evangelista da Costa, Bairro Centro, Moita Bonita/SE, CEP 49560000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202082100063

Distribuição: 31/01/2020

Número Único: 0000063-44.2020.8.25.0069

Competência: Moita Bonita

Classe: Procedimento Comum

Fase: POSTULACAO

Situação: Andamento

Processo Principal: \*\*\*\*\*

Processo Origem: \*\*\*\*\*

**Assuntos**

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: MOITA BONITA - Estado: SE - CEP: 49560000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: Centro

Cidade: Rio de Janeiro - Estado: - CEP: 20031205

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

**MOITA BONITA DA COMARCA DE MOITA BONITA**  
**Av. João Evangelista da Costa, Bairro Centro, Moita Bonita/SE, CEP 49560000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apenasdos:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**MOITA BONITA DA COMARCA DE MOITA BONITA**  
**Av. João Evangelista da Costa, Bairro Centro, Moita Bonita/SE, CEP 49560000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202082100063

**DATA:**

22/09/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200921215606021 às 21:56 em 21/09/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOITA BONITA/SE**

Processo: 202082100063

**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 **MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE**, 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 **18/11/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **07/10/2019**.

Cumpre 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 descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

## **DAS INTIMAÇÕES**

Para fins do expresso 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, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrita sob o nº 2595/SE, e-mail: [kchrystian@hotmail.com](mailto:kchrystian@hotmail.com), telefone: 79 9 9988 5315, sob pena de nulidade das mesmas.

### **PRELIMINARMENTE**

### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

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

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

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

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

### **DO MÉRITO**

### **DA 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 07/10/2019 após QUASE 1 ANO 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.

---

<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;

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 18/11/2018, 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, descharacteriza 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.

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

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

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

---

<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)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA  
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2019  
NUMERO DO DOCUMENTO:  
VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE

BANCO: 001  
AGÊNCIA: 02312-4  
CONTA: 000010014069-6

---

Nr. da Autenticação PCF44B40994FDEC2

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir-a 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 vínculo 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 ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

## DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 18/11/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

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

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

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

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

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

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

---

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

### **DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA**

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>7</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>8</sup>

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

---

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

<sup>7</sup>"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

<sup>8</sup>art.

1º

(...)

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

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**

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 da 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, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

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

Para fins do expresso 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, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrito sob o nº 2595/SE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,  
MOITA BONITA, 16 de setembro de 2020.

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ  
2592 - OAB/SE**

### **QUESITOS DA RÉ**

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
  - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
  - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
  - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**

**TABELA DE GRAADAÇÃO**

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonómica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crâno-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonómica, 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/SE 780-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa da advogada **KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**, inscrito na 2592 - OAB/SE, com escritório na RUA PACATUBA, N.º 254, SALA 210, CENTRO. ARACAJU/SE, 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 **MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **MOITA BONITA**, nos autos do Processo nº 00000634420208250069.

Rio de Janeiro, 16 de setembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/SE 780-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02312-4

CONTA: 000010014069-6

---

Nr. da Autenticação FCF44B40984FDEC2

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190624591      **Cidade:** Ribeirópolis      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE      **Data do acidente:** 18/11/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 08/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, p3  
 TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL. P7  
 TRAUMA TORÁCICO FECHADO. P9  
 LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS KIRSCHNER). P26 ALTA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190624591      **Cidade:** Ribeirópolis      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE      **Data do acidente:** 18/11/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 11/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, p3  
 TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL. P7  
 TRAUMA TORÁCICO FECHADO. P9  
 LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS KIRSCHNER). P26 ALTA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

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

---

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190624591

Vítima: MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002312-4

Conta: 000010014069-6

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

*085.663.045-43 Matheus Serafim Santos da Piedade*

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

Nome completo:

*Matheus Serafim Santos da Piedade*

CPF:

*085.663.045-43*

Profissão:

Endereço:

*baruador*

*Al. dasas Costa*

Número:

*314*

Complemento:

*Casa*

Bairro:

*Area Rural*

Cidade:

*Visita Brínta*

Estado:

*SE*

CEP:

*79560-000*

E-mail:

*Marcosdeglois@gmail.com*

Tel. (DDD):

*29-99918-9207*

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **2312** CONTA: **14069**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Assinatura  
Digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: *Visita Serraria da Piedade, 05.11.2018*

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 105101/2019

### DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/10/2019 12:03 Data/Hora Fim: 07/10/2019 12:17  
Delegado de Polícia: Julio Figueiredo de Aquino

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Ribeirópolis

Data/Hora do Fato: 18/11/2018 18:30

#### Local do Fato

Município: Ribeirópolis (SE)

Logradouro: Povoado Serrinha

Bairro: Povoado Serrinha

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

### ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Itabaiana Sexo: Masculino Nasc: 20/05/1999

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Edenilza Serafim da Piedade

#### Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 08566304543

#### Endereço

Município: Moita Bonita - SE

Logradouro: Povoado Capunga

Telefone: (79) 9846-2494 (Celular)

### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 026.274.535-64	Placa IAO0307
Renavam 00181560313	Número do Motor KC16E1A008626
Número do Chassi 9C2KC1610AR008626	Ano/Modelo Fabricação 2010/2009
Cor VERMELHA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Moita Bonita	Marca/Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX KS
Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 23/01/2017	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Matheus Serafim Santos da Piedade	Possuidor

Delegado de Polícia Civil: Julio Figueiredo de Aquino  
Impresso por: Lucas Andrade Souza  
Data de Impressão: 07/10/2019 12:18  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



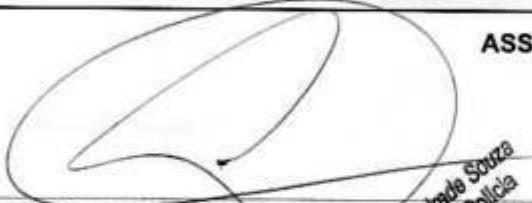
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 105101/2019

RELATO/HISTÓRICO

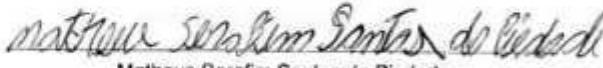
Narra que na data de 18/11/2018, voltava do Povoado Serrinha em Ribeirópolis em sua motocicleta quando derrapou e bateu em um buraco; QUE, após a queda um desconhecido que passava na hora prestou socorro e o levou para o Hospital Regional Dr. Pedro Garcia Moreno em Itabaiana; QUE, devido a queda o mesmo teve sua Clavícula esquerda fraturada, tendo sido submetido a cirurgia após um mês do acidente. Diante o exposto, solicita as devidas providências.

ASSINATURAS

  
Lucas Andrade Souza  
Agente da Polícia  
Matrícula 2511

  
Lucas Andrade Souza  
Agente da Polícia  
Mat. 2511

Responsável pelo Atendimento

  
Matheus Serafim Santos da Piedade

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e cliente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicado Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

**SAC** (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcelo de Oliveira Rosa

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.003.625, 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Matheus Serafim Santos da Piedade inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.663.043, 43,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Matheus Serafim Santos da Piedade

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.663.045, 43, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Dos Silos</u>	Número:	<u>217</u>	Complemento:	<u>Casa -1</u>
Bairro:	<u>Silos</u>	Cidade:	<u>Nossa Senhora da Glória</u>	Estado:	<u>SE</u>
E-mail:	<u>Marcelodegloria@gmail.com</u>	CEP:	<u>49680-000</u>	Tel.(DDD):	<u>79-99918-9207</u>

Local e Data: Nossa Senhora da Glória ; 05.11.2019

Marcelo de Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante



## RELATÓRIO MÉDICO

Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

NOME DO PACIENTE: Mathews Serafim da Piedade

DATA DA ENTRADA: 18/11/2018

DATA DA SAÍDA: 1/1/

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

### HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente motocílico, trazido pelo SSMV (sem capacete segundo relato), encontrada em Glasgow 8 sendo intubado, apresentando ferimento conto-contuso na região frontal. Seu entrado no trânsito e com pernas mióticas fixas. A Tomografia do crânio e de coluna cervical foram normais. Detetada contusão pulmonar à esquerda, tratada de forma conservadora. A avaliação oftalmológica detectou contusão no ombro esquerdo. Feitas orientações e o paciente tem melhora e obteve alta em 22/11/18.

### HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Suturas de ferimentos.

### EXAMES COMPLEMENTARES:

Ultrassom abdominal

Radiografias

Tomografias

Exames laboratoriais

### MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr David Nelson - CRM 5373

Dr Adriano P. de Roche - 3206

Dr Manuela de Araújo - CRM 55-68

Dr Tiago Freitas - CRM 5378

Dr Silvemir Nello - CRM 1432

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO () TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 26 de agosto de 2019

Selma T. da C.S. Montalvão  
Médica  
CRM 1532

Ilmo

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTEDATA: 18/11/18; HORÁRIO: 22:05 HSNOME: Mathew Serafim Santos da PiedadeSEXO:  MASCULINO  FEMININO; Data de Nascimento: 20/05/99; IDADE: 19 anosCart. Identidade: 3.621.705-0; Cartão do SUS:FILIAÇÃO: Jose Santos da Piedade, Edenilza Serafim da PiedadeACOMPANHANTE: O irmão / Reinaldo Tel: (79) 9996094112DADOS RESIDENCIAISRA: Sem Informação

Nº: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

IDADE: Mota Bonita - SE

COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_

HISTÓRIA DA DCA / EXAME FÍSICOEXAME(S) SOLICITADO(S)

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

TIPO DE AMBULÂCIA: ( ) Tipo A - ( ) Tipo B - ( ) Tipo C - ( ) Tipo D

A- remoções simples e de caráter eletivo / B- transporte inter-hospitalar sem risco / C- Veículo de Resgate Pré-Hospitalar de suporte básico / D- Veículo de Resgate Pré-Hospitalar de Suporte Avançado

HOSPITAL DESTINO:

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Matheus Serafim Santos da Piedade Identidade: \_\_\_\_\_  
SEXO Masc  Fem  IDADE: 19 anos Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: Casado  Solteiro  Outros  Cartão do SUS: \_\_\_\_\_  
ENDERECO: \_\_\_\_\_  
TEL: \_\_\_\_\_

## QUADRO CLÍNICO

CID-10: S06.8

COD. DE PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

FC: 85 bpmFR: 14 ipmPA: 100 x 70 mmHgGLASGOW: —

RESUMO Paciente vítima de colisão moto x árvore, encontrado desacordado, trazido por SAMU em protocolo ; agitado Glasgow 8 . TCE grave + FCC em região frontal

## TRATAMENTO INSTITuíDO ATÉ O MOMENTO

MEDICAÇÃO(ÕES) UTILIZADA(S) Sedação - fentanil + domoorid ; realizada IDT.

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ( Resumo dos resultados) \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: ( ) falta de vaga ( ) procedimento especializado

Trauma de crâneo + lesões Neurocirúrgicas : ( ) outros

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

Joelma Guimarães

Joelma do Amaral Firmínio  
Médico - Cirurgião Geral  
CRM 4975 / SE

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAR FOTOCÓPIAS (XEROX) DOS EXAMES REALIZADOS.

ENCAMINHAR PRESCRIÇÃO ATUALIZADA.

ENFº RESPONSÁVEL PELO SETOR

DATA

MÉDICO SOLICITANTE  
Assinatura / Carimbo

E Stab

a 2

IS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 595791

DATA: 18/11/2018 HORA: 19:40 USUARIO: MMANASCIMENTO

CNS:

SETOR: 05-SUTURA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE  
 IDADE.....: 19 ANOS NASC: 20/05/1999  
 ENDERECO....: POV CAPUNGA  
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: Z RURAL  
 MUNICIPIO....: MOITA BONITA UF: SE CEP....: 49560-000  
 NOME PAI/MAE.: JOSE SANTOS DA PIEDADE /EDENILZA SERAFIM DA PIEDADE  
 RESPONSAVEL....: O IRMAO TEL....: 079 981822  
 PROCEDENCIA...: MOITA BONITA - SE 64  
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [ X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
 [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente vítima de colisão moto x árvore há 3 horas, encontra-se desacordado; trazido por SAMU em protocolo - mancha rígida + collar cervical, agitado.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: A = vias bêncas perurais ; B = mv $\oplus$  olh, 1/A ;  
 C = estôbel comodinomiconecte ; D = glengon 8 ; E = FCC em <sup>região fronto-</sup>  
<sup>região frontal</sup>

DIAGNOSTICO: TCE grave + FCC em <sup>SID:</sup> frontal

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Fentanil 20ml + SF 99% 80ml em BIC - 15ml/h

2) Domonid 50mg + BF 99% 80ml em BIC - 15ml/h

3) Aguardando USA para transferência - HUSE

Avulsão neurocirúrgica + TC de crânio

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):



# GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

**TIPO DE AMBULÂNCIA:** ( ) **Tipo A** - ( ) **Tipo B** - ( ) **Tipo C** - ( ) **Tipo D**

A- remoções simples e de caráter eletivo / B- transporte inter-hospitalar sem risco / C- Veículo de Resgate Pré-Hospitalar de suporte básico / D- Veículo de Resgate Pré-Hospitalar de Suporte Avançado

**HOSPITAL DESTINO:** \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Matheus Sergiun Santos da Piedade C. Identidade: \_\_\_\_\_  
 SEXO: Masc  Fem  IDADE: 19 anos Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: Casado  Solteiro  Outros  Cartão do SUS: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
 TEL: \_\_\_\_\_

## QUADRO CLÍNICO

CID-10: S06.8

FC: 85 bpm

FR: 16 ipm

PA: 100 x 70 mmHg

COD. DE PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

GLASGOW: —

RESUMO: Paciente vítima de colisão moto x árvore, encontrado desacordado, trazido por SAMU em protocolo; agitado. Glasgow 8.

TCE grave + FCC em região frontal

## TRATAMENTO INSTITuíDO ATÉ O MOMENTO

MEDICAÇÃO(ES) UTILIZADA(S): Sedacões - fentanil + domadol; realizado IOT.

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (Resumo dos resultados): \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Te de crânio + falta de vagas  procedimento especializado  outros

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: Carina Souza

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: \_\_\_\_\_

*Luzia da Amorim Fimini*  
 Médica Cirurgia Geral  
 CRM 4975 / SE

ENCAMINHAR FOTOCÓPIAS (XEROX) DOS EXAMES REALIZADOS.

ENCAMINHAR PRESCRIÇÃO ATUALIZADA.

ENFº RESPONSÁVEL PELO SETOR

DATA

MÉDICO SOLICITANTE

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 613648 .. DATA: 15/01/2019 HORA: 07:05 USUARIO: PISGMORENO  
 CNS: SETOR: 05-SUTURA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

CME : MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE DOC...: 3621705  
 DADE.....: 19 ANOS NASC: 20/05/1999 SEXO...: MASCULI  
 ENDERECO....: POV CAPUNGA NUMERO: 00000  
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: Z RURAL  
 MUNICIPIO....: MOITA BONITA UF: SE CEP...: 49560-0  
 NOME PAI/MAE.: JOSE SANTOS DA PIEDADE /EDENILZA SERAFIM DA PIEDAD  
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 079 981  
 PROCEDENCIA...: MOITA BONITA - SE 64  
 ATENDIMENTO...: OUTROS  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [ X mmHg ] PULSO: [ ] \* TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
 [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :  
 ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
 [ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PAT

Matheus Serafim Santos da Piedade

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



## HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Itabaiana, 10 de Junho de 2019.

### CARTA DE CORREÇÃO

Vimos pelo presente, comunicar-lhes que no Prontuário Médico do Sr. Matheus Serafim Santos da Piedade, o ano em que o mesmo compareceu a nossa Unidade Hospitalar foi 2019 e não 2018 como constam no: (Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar, Prescrição Médica e Evolução de Enfermagem).

  
Michele Souza Oliveira Prata  
Gerente Administrativo  
Hospital Regional de Itabaiana

Av. 13 de Junho, 776 – Centro – Fone: 79 3432-9200 – Itabaiana – Sergipe  
CNPJ.: 10.436.979/0009-56

ORT a 4



**SUS**  
Sistema  
Único de  
Saúde

**Ministério  
da Saúde**

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

MARCUS SENADOR DA PIRES

6 - N° DO PROJETO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

2005/99

9 - SEXO

MASC.

FEM.

3

10 - RACA / COR

11 - NOME DA MÃE

Edenilza Senador da

12 - TELEFONE DE CONTA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Flor Sônia da Piedade

14 - TELEFONE DE CONTA

15 - ENDERECO (RUA, N° BAIRRO)

Av. Esperança  
Morada Branca

16 - DOC

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Belo Horizonte

18 - COD. SIGNE MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

S 31250-000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

WADSW ORGANO CISTICO  
DT.

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TROT: Sustento

23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx: causas de AP

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL

WADSW ORGANO CISTICO

25 - CID 10 PRINCIPAL

S - A31

26 - CID 10 SECUNDARIO

27 - CID 10 CAUSAS AS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ressecção enxerto c/fixo

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

09081010

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

33 - N° DOCUMENTO (CHS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE)

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Bentim E. Lora. Ribeiro

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

36 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

37 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

38 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - N° DO BILHETE

42 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CNPJ DA EMPRESA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) IN

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

49 - DOCUMENTO

( ) CHS - ( ) CPF

50 - N° DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

20170

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

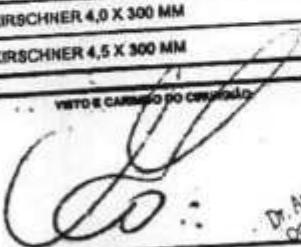
52 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Maria Alice  
Lima  
Medicina

INFORMAÇÕES DO HOSPITAL & PACIENTE

HOSPITAL: <u>Regional</u>	CIRURGIÃO: <u>Antônio Lira Arce</u>
PACIENTE: <u>Márcus Siqueira Tito</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>10/05/1982</u>
CPF: <u>111.111.111-11</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>15.01.59</u>
NOVA MÃE: <u>Eduarda Siqueira da Fonseca</u>	DATA DA CIRURGIA: <u>35, 01, 09</u>

ITEM DENTAL	DESCRIÇÃO DO MATERIAL / LOTE	QUANTIDADE UTILIZADA	OBSERVAÇÃO
	FIO DE CERCLAGEM 0,8 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,0 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,2 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,5 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 2,0 X 300 MM	03	
	FIO DE KIRSCHNER 2,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 3,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 3,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 4,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 4,5 X 300 MM		

VISTO E CARREGADO DO CIRURGÃO	OBSERVAÇÕES GERAIS:
	 Dr. Antônio E. Lira Arce Cirurgião Traumatologista CRM 2808 - TECI 6624

Bio Implantes Produtos Médico-Hospitalares LTDA-EPP | CNPJ N° 17.085.673/0001-04  
 Av. dos Engenheiros, nº 431, sl 1001 | B. Manacás | Belo Horizonte | Minas Gerais | CEP 30.848-300  
 TeleFax: (31) 3418-8517 | 3643-7649

=====

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 24261

Numero do CNS: 0000000000000000

Nome.....: MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE

Documento....: 36217050                  Tipo: ..

Nascimento...: 20/05/1999

Estado Civil.:

Idade.....: 19 - ANOS                  Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel..: JOSE SANTOS DA PIEDADE

Nome da Mae...: EDENILZA SERAFIM DA PIEDADE

Endereco....: POV CAPUNGA,00000 CASA CEP: 49560.000

Telefone.....: 079 98182264

Bairro.....: Z RURAL

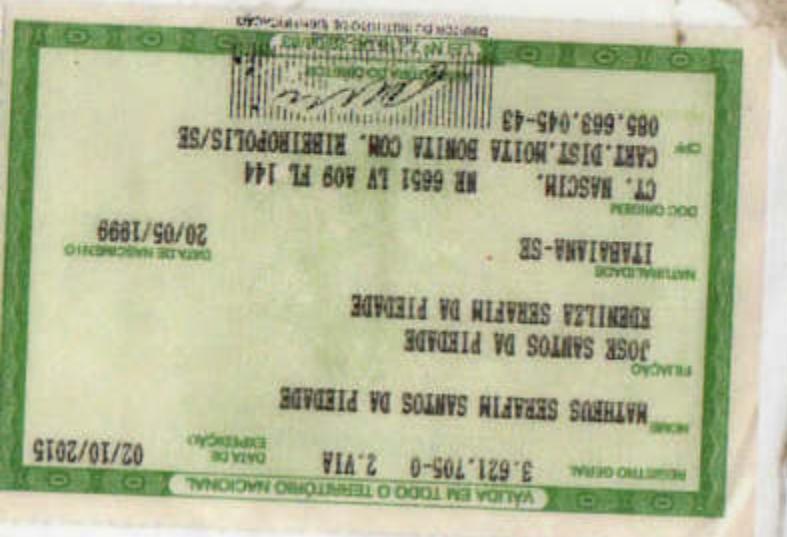
Municipio....: 2804102 - MOITA BONITA - SE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: SERGIPE

Dastramento: 15/01/2019

-----





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETTRAN - SE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014275744396  
DATA 05/08/2018  
CÓD. REHAVAM 00181560313

PLACA 026.274.535-64

EXERCÍCIO 2018

NOME CLEVENILTON SERAFIM DE SANTANA

ENDERECO R. TIRADENTES, 1.000

Cidade MARINGÁ

UF PR

CEP 85162-251

CPF/CNPJ 00000000000

RG 00000000000

DATA 2018

SEXO MASCULINO

ESTADO PR

MUNICÍPIO MARINGÁ

PLACA 1A00307

DATA 04/08/2018

TIPO PAS/MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL ALCOOL/GÁSOL

ANO FAB. 2010

ANO MODELO 2010

CHASSI J011050UJ13

MARCA/HONDA

PLACA 9C2KC1610A0008626

DATA 05/09/2018

PLACA 1A00307

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE  
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu ( nome completo ) Matheus Serafim Santos da Piedade,  
( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Taxinado, portador da cédula  
de Identidade RG nº 3.621.705-0, emitido pela SSP / (UF) SC,  
inscrito sob o CPF nº 095.663.045-43, residente na ( endereço  
completo ) Avenida das Flores S/n, na cidade de  
Moita Bonita, ( UF ) SC, CEP 49560-000, nomeio e  
constituo meu procurador, ( nome do representante ) Diretor Marcos D.O. Resu,  
( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Consultor, portador da cédula  
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SC,  
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na ( endereço  
completo ) Rua das Silvas nº 217, na cidade de  
L.S. da Beira, ( UF ) SC, CEP 49680-000, a quem confiro  
amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e  
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO**  
**SEGURO DPVAT** da vítima ( nome da vítima ) Matheus Serafim Santos da Piedade,  
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

( local e data ) Moita Bonita, 02/10/2019

( assinatura ) Matheus Serafim Santos da Piedade

( RG ) 3.621.705-0-SSP/SC



Cônsolo do Ofício Único de Moita Bonita/SC  
Tribunal de Justiça

Reconheço por autenticidade a firma indicada de MATHEUS  
SERAFIM SANTOS DA PIEDADE, Doutor.  
Moita Bonita, 08 de outubro de 2019.  
Em testemunho, Juliana Conceição Santos Rocha (Escrivente Substituta)  
Selos TJSE: 201929620006953, Acessar: <https://www.tjse.jus.br/x/3BX88B>  
Valor Total R\$ 8,84  
44080270

Cartório do Ofício Único  
de Moita Bonita/SC

OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0389077/19

**Vítima:** MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE

**CPF:** 085.663.045-43

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/11/2018

**Titular do CPF:** MATHEUS SERAFIM  
SANTOS DA PIEDADE

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

### MATHEUS SERAFIM SANTOS DA PIEDADE : 085.663.045-43

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/11/2019  
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019  
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO  
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO