



Número: **0034476-66.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/06/2019**

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
GICELIO JUSTO DA SILVA (AUTOR)	Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56914 997	24/01/2020 14:27	<u>2628643_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 26^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00344766620198172001

TOKIO MARINE 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 **GICELIO JUSTO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão de órgãos e estruturas crânio-faciais com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de R\$3.375,00:

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/01/2020 14:27:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012414270706200000055987129>
Número do documento: 20012414270706200000055987129

Num. 56914997 - Pág. 1

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180551602 Cidade: Abreu e Lima Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA Data do acidente: 17/12/2017 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranoencefálico (fratura da mandíbula à esquerda).

Descrição do exame Vítima com bloqueio articular da articulação temporo mandibular esquerda (limitação da abertura bucal) e diminuição médica pericial: da força de mastigação.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, imobilização local.
Não realizou fisioterapia.
Alta médica.

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% da articulação temporo mandibular (crânio facial).

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade da articulação temporo mandibular (craniofacial).

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no lesão de órgãos e estruturas crânio-faciais com repercussão média (50%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão de órgãos e estruturas crânio-faciais com repercussão leve (25%) e no presente laudo judicial a lesão com repercussão intensa (50%), uma diferença gradual de 25%.

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/01/2020 14:27:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012414270706200000055987129>
Número do documento: 20012414270706200000055987129

Num. 56914997 - Pág. 2

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 3.375,00 (três mil, trezentos e setenta e cinco reais).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 23 de janeiro 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.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/01/2020 14:27:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012414270706200000055987129>
Número do documento: 20012414270706200000055987129

Num. 56914997 - Pág. 3



Número: **0034476-66.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/06/2019**

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
GICELIO JUSTO DA SILVA (AUTOR)	Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56914 998	24/01/2020 14:27	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180551602 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico (fratura da mandíbula à esquerda).

Descrição do exame Vítima com bloqueio articular da articulação temporo mandibular esquerda (limitação da abertura bucal) e diminuição médica pericial: da força de mastigação.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, imobilização local.

Não realizou fisioterapia.

Alta médica.

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% da articulação temporo mandibular (crânio facial).

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade da articulação temporo mandibular (craniofacial).

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

27 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 215
Recife - PE

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

907.707.304-34

Nome completo da vítima

GICELIO JUSTO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
GICELIO JUSTO DA SILVA	907.707.304-34	RECUSOU
Endereço	Número	Complemento
RUA NOVENTA E SITÉ	55	
Bairro	Cidade	Estado
CAETES I	ABREU & LIMA	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
	53.350-710	(81) 9.8790-9451

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, que o beneficiário, **Gente Seguradora S/A, Av. Rui Barbosa, 215, Recife - PE**, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSOU INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale um ou mais)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 215
Recife - PE

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome

BANCO DO BRASIL NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

3250 6 18.522 1

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

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife, 29 de junho de 2018.

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180551602

Nome do(a) Examinado(a): GICELIO JUSTO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA NOVENTA E SETE, 55 - ABREU E LIMA/PE - CEP 53530-710

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 4676850 - sds-pe - 22/06/2016

Data e Local do Acidente : 17/12/2017 - ABREU E LIMA/PE

Data e Local do Exame : 13/12/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TCE grave, traume de face com fratura de parassinfise mandibular esquerda.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem complicações.

Não fez fisioterapia.

Alta há cerca de 7 meses

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

vítima com bloqueio articular de ATM esquerda com limitação na abertura de cavidade oral, deficit na força de mastigação. Consciente e orientado ao exame, sem deficit cognitivo.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

limitação de grau leve de estrutura crânio facial, com bloqueio articular de ATM esquerda



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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal

estrutura crânio facial

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.





LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/01/2020 14:27:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012414270718000000055987130>
Número do documento: 20012414270718000000055987130

Num. 56914998 - Pág. 5

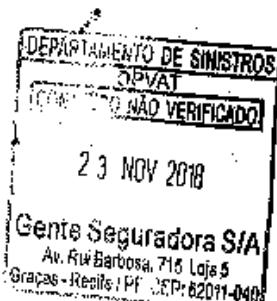
CARTA À SEGURODORA LIDER.

Na qualidade de procurador da VÍTIMA GICELIO JUSTO DA SILVA, sinistro: 3180/329.3 data do acidente 17/12/2017.

Venho solicitar à Esta Seguradora, um pericia médica para que possa ser constatada as sequelas resultantes do acidente de trânsito sofrido por essa vítima. Entendendo que a política dessa seguradora é baseada na justiça e transparência. A vítima continua com sequelas irreparáveis conforme documentos médicos enviados e ressonâncias que já seguiram (exames de imagens), ficamos no aguardo da sua reanálise desse processo, culminando uma perícia médica presencial.

Desde já agradecemos vossa atenção!

* Zélio Jean Souza



Recife, 22 de novembro 2018.



458132

A SEGUROADORA Lider

0261125/18

Na qualidade de procurador da vítima Gicelio Fusto, com SINISTRO N° 31801280.235, venho SOLICITAR A ESTA SEGUROADORA A REALIZAÇÃO desse PROCESSO. Tendo EM VISTA que a VÍTIMA APRESENTOU TODAS DOCUMENTAÇÕES MÉDICAS CABERES, inclusive LAUDO'S QUE ATESTAM A LESÃO GRAVE que o MESMO TEVE RESULTANTE do ACIDENTE, SOLICITO UMA AVALIAÇÃO MÉDICA, sendo a VÍTIMA CONSIDERADA UMA PERÍCIA MÉDICA PARA CONSTATAR A VERACIDADE das INFORMAÇÕES, como também AS SQUELHAS que ainda PERMANECEM.

Desde já AGRADEÇO VOSSA ATENÇÃO!

PROCURADOR:



17/07/2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180551602 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (FRATURA DE PARASSÍNFISE DE MANDÍBULA À ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (BARRA DE ERICH EM MANDÍBULA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 5 SINISTRO ANTERIOR (3180329327) COM MESMA DATA DE ACIDENTE: SEM SEQUELA PELA AMD (22/08/2018). SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180551602 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (FRATURA DE PARASSÍNFISE DE MANDÍBULA À ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (BARRA DE ERICH EM MANDÍBULA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 5 SINISTRO ANTERIOR (3180329327) COM MESMA DATA DE ACIDENTE: SEM SEQUELA PELA AMD (22/08/2018). SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180551602 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico (fratura da mandíbula à esquerda).

Descrição do exame Vítima com bloqueio articular da articulação temporo mandibular esquerda (limitação da abertura bucal) e diminuição médica pericial: da força de mastigação.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, imobilização local.

Não realizou fisioterapia.

Alta médica.

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% da articulação temporo mandibular (crânio facial).

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade da articulação temporo mandibular (craniofacial).

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GICELIO JUSTO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180551602**
Vítima: **GICELIO JUSTO DA SILVA**
Data do Acidente: **17/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **VALMIR HONORIO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180551602**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13636913



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/01/2020 14:27:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012414270718000000055987130>
Número do documento: 20012414270718000000055987130

Num. 56914998 - Pág. 11



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, 27 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180551602 Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA

Data do Acidente: 17/12/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VALMIR HONORIO DA SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), GICELIO JUSTO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

2'aaq. 01593/01594 - carta 25 - INVAHIDEZ

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/01/2020 14:27:07
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001241427071800000055987130>
Número do documento: 2001241427071800000055987130

Nº 56914998 - Pág. 12



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site, <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da Vítima

907.707.304-34

Gicelio Justo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Gicelio Justo da Silva	907.707.304-34	RECLUSO	
Endereço	Número	Complemento	
Rua NOVENTA E SETE	55		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CAETES I	ABREU E LIMA	PE	53.530-710
E-mail	Telefone (DDD)		
	(81) 9.8790-9451		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (231)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
001	001	3250	6
(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome			
CAIXA ECONÔMICA 104			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
3250	6	18522	1
(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária, para que a **Seguradora Lider** efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na **conta corrente de exemplo**. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CONTENDO NÃO VERIFICADO

19 JUN 2018

Gicelio Seguradora S/A

Av. Rio Branco, 715 Loja 5
Caxias - Recife / PE CEP: 52011-000

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



451235
0217969118

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 028^a CIRCUNSCRICAO - PAULISTA - DP28^aCIRC DIM/8^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0118006052**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/06/2018** às **17:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **17/12/2017** às **21:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAETES I (BAIRRO), 01, AV. D** - Bairro: **CAETES I**
ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE VEÍCULO DE PLACAS NÃO IDENTIFICADAS (AUTOR / AGENTE)
JAMERSON MONTEIRO DA SILVA (OUTRO)
GICELIO JUSTO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GICELIO JUSTO DA SILVA

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

GICELIO JUSTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA** Pai: **GENESIO JUSTO DA SILVA** Data de Nascimento: **20/1/1975** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA NOVENTA E SETE, 55 - CEP: 55000-000 - Bairro: CAETES I - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR DE VEÍCULO DE PLACAS NÃO IDENTIFICADAS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JAMERSON MONTEIRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA DE PLACA OYY-2350- RECIFE (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JAMERSON MONTEIRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GICELIO JUSTO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYY2350** (PERNAMBUCO/RECIFE)
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

DEPARTAMENTO DE SÍNTESES
LEIAVAT
ICONEIRO NÃO VERIFICADO

19 JUN 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 715 Lote 5
Recife - PE CEP: 52011-040

14/06/2018 14:45

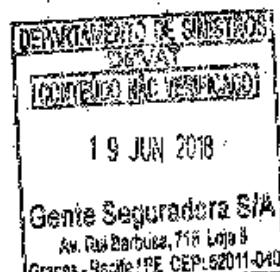
Complemento / Observação

O SR. GICELIO JUSTO DA SILVA , NOTICIOU NESTA 28^a CPOL, QUE ESTAVA CONDUZINDO A REFERIDA MOTOCICLETA PELA AV. D, CAETES I, ABREU E LIMA/PE , QUE AO DESCER A LADEIRA FOI SURPREENDIDO POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA , QUE AO TENTAR LIVRAR O VEÍCULO CAIU DA MOTO E SOFREU LESÕES NO CORPO , FRATURA/ TRAUMA NA FACE , TCE . A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS (CERT. 2017APH000721 DIV. OP.) PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO (ATEND. Nº 908434/2017), REGISTROU-SE PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO.

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

GICELIO JUSTO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: ISAC MARTINS RODRIGUES FILHO - Matrícula: 2733013





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar à declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima"), e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **Gicelio Justo da Silva** | CPF da Vítima **907.707.304-34** | Data do Acidente **17/12/2017**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) (31) 9.8790-9451

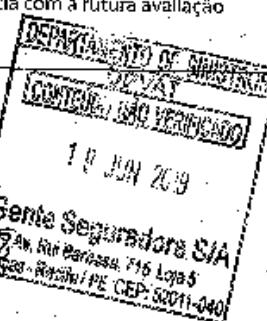
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



RECIFE 15 de Junho de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI 001 V001/2017





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

CORPO DE BOMBEIRO MILITAR DE PERNAMBUCO

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2017APH0000721 Div. Op.

Com fulcro no art.5 XXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, vendo por meio de solicitação feita pelo(a) Sr.(a). GICELIO JUSTO DA SILVA, 43 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO (a), RG nº 4676850 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 907.707.304-34 ,residente à RUA 96 nº 55 CAETES, ABREU E LIMA -PE, certificar que este agrupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu uma ocorrência no dia 17/12/2017, por volta das 21:00 hs no endereço: AVENIDA D S/N - CAETES I ABREU E LIMA -PE, referente a um (a) QUEDA DE MOTO , envolvendo(a) qual fora vitimado (a) GICELIO JUSTO DA SILVA , inscrito sob o CPF nº 907.707.304-34 e Registro Geral N° 4676850 SDS-PE atendido (a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, Comandada pelo(a) CB 707174-4 FELIX. Foi transportado (a) para HOSPITAL DA RESTAURÇÃO . Registado (a) com o prontuário nº(908343). Ficou aos cuidados do médico NÃO INFORMADO ,registro NÃO INFORMADO. os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações /GBAPH.

Posição em 24/01/2018

Avenida João de Barros,399- Boa Vista /PE-53050-190
Fone:(81)3102-9026/CNPJ:00.858.377/0001-44

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
D.P.V.A.T
CONTRATO DO VEICULADO
19 JUN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 719 Loja 5
Grande - RN/CEP: 52011-040



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: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GICELIO JUSTO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03250-6

CONTA: 000000018522-1

Nr. da Autenticação 5CE1D78663F8FE59



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/01/2020 14:27:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012414270718000000055987130>
Número do documento: 20012414270718000000055987130

Num. 56914998 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/01/2020 14:27:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012414270718000000055987130>
Número do documento: 20012414270718000000055987130

Num. 56914998 - Pág. 19

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvíndio 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
157-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ALDENICE PRAZERES DA SILVA
CPF: 420.384.214-04

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA UBIJAJARA 18
TABAJARA/CIDADE TABAJARA
53380-530 OLINDA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em: sites das unidades, de atendimento, e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
14/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
138,06

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

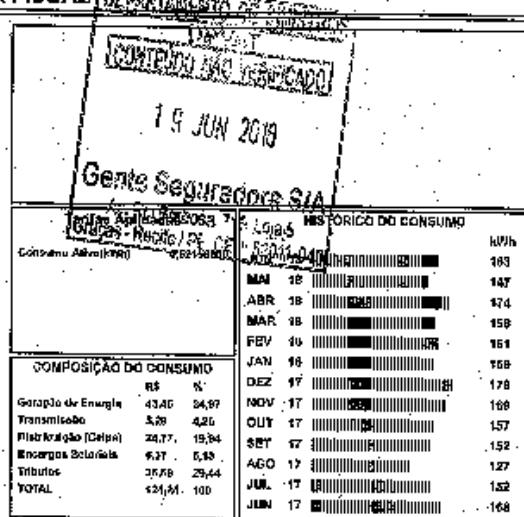
2C12.24BE.311C.D4A2.6147.98D6.07C6.9EF9

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	163,00	0,73927740	120,50
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,94
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,80
Contribuição Iluminação Pública			12,77
ICMS Subvenção-CDE-NF 011295671-03/04/18			1,05
TOTAL DA FATURA			138,06

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	CORNS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
124,24	26,00	31,96	124,24	0,78	0,98	124,24	3,66	4,54



DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DMS	CONSTATANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003130736423	CAC	04/06/2018 9.888,00	05/06/2018 9.974,00	32	1.00000	0,00	163,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/07/2018.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIMESTRAL	META ANUAL
DHS-Na, de leitura sem energia	RIO DOCE	0,00	4,95	0,11	49,42
FIC-Na de variação Energia		0,00	3,23	0,47	12,93
DHC-Duração média de interrupção contínua		0,00	2,77	0,69	10,60
DICR-Duração de interrupção em dia úteis				Límite DICR: 12,22	
EUDU-Valor do Encargo de Uso = R\$ 44,61					
Todo Consumidor paga o valor da energia dos Indicadores BIC, PIS, CIC e DICR, quando houver.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto do vício. Confira a lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura, a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEEL). Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e aplicação monetária no prazo. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedidos de atendimento comercial.

NIVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CÓDIGO CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
002502356014	06/2018	138,06	14/06/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este cahoto será usado em leitora eléctra.

838200000010 380600110025 502356014108 119815423931



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

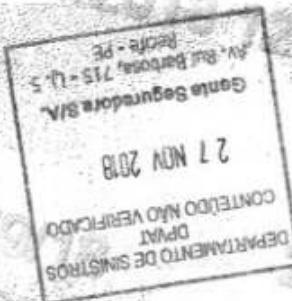


CTC RECIFE PE PL2 DATA DE POSTAGEM: 17/04/2018

GICELIO JUSTO SILVA
NOVENTA E SETE-55
CAETES I
53330-710 ABREU E LIMA PE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPSAT
CONTROLE DE VERIFICAÇÃO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/01/2020 14:27:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012414270718000000055987130>
Número do documento: 20012414270718000000055987130

Num. 56914998 - Pág. 21

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu VALMIR HONORIO da SILVA, inscrito (a) no CPF/CNPJ 621.128.354 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GICELIO JUSTO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 907.707.304 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima GICELIO JUSTO da SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 907.707.304 / 34, 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 Ubirajara</u>	Número <u>16</u>	Complemento _____
Bairro <u>Tabajaras</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53.530-360</u>
Cidade <u>Olinda</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9.8790-9151</u> ou <u>9 2191-3559</u>	
Email _____	Telefone celular (DDD) DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	

RECEBE 15 de junho de 2018
Local e Data

19 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Brilhante, 715, Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

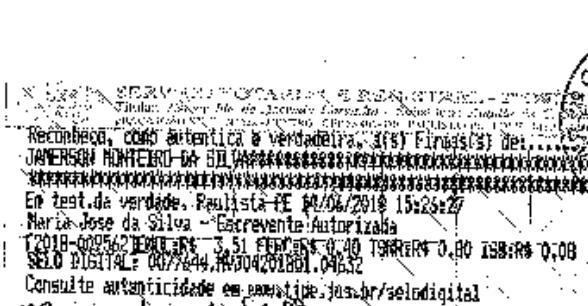
Eu, JAMERSON MONTEIRO da Silveira

RG nº 42342 84, data de expedição 23/01/17,
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 891.461.314-34, com
domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
12-Bonfinópolis, nº 198,
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Graciliano Justo da SILVA, cujo o condutor era
Graciliano Justo da SILVA.

Veículo: Moto ciclota.
Modelo: Honda NX12 150 Bros.
Ano: 2014
Placa: OY4 - 2850
Chassi: 4E2K00540ER072812.
Data do Acidente: 17/12/2017.
Local e Data: PAULISTA 14 de junho 2018.

Assinatura do Declarante

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





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 908434/2017.

NOME: GICELIO JUSTO DA SILVA.

Foi atendido às 22h35 do dia 17.12.2017.

Diagnóstico provável: Trauma de face - ferimentos + Fratura de parasso-fase mandibular (E)
TCE grave - L4D
(queda de moto)

Tratamento realizado:

Fisioterapia respiratória
Sutura dos ferimentos de face

TFC de face

Barra de Ench + BAND

Exames laboratoriais

Trat. de suporte clínico

Obs.

Alta em 23.12.2017

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em

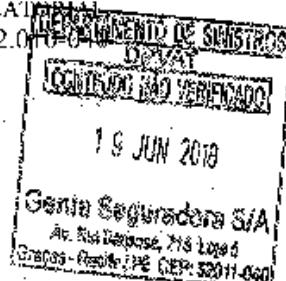
19.03.2018

Ferreira

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico de SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.000-000
Fones: 31815451/31815572



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 008989

Name: Cicilio Justo da Silva

Foi atendido às 22:35 hs. do dia 17 / 12 / 17

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente motociclístico resultando em fratura de sinfise mandibular. Paciente necessita de dieta líquida - pastosa por 30 dias.

DEPARTAMENTO DE SANGUETOS
DEVAT
[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]

Tratamento Realizado: Instalado Barro de Guiné
BMM dia 22/12/17 Gente Seguradora S/A
- Remova BMM e Barro dia 08/03/18 Avenida Beira Mar, 715, bairro
Recife - PE CEP: 52011-040

Observação: Paciente via ambulatório BME (Dr. Lopes) utiga-pino às 07:00 dia 10/04/18, acito encaixe.

Cópia de: Alta BME
Dra. Priscilla Sarmiento
Residente em Clínica Traumatologia
Médico - Cirurgião-Maxilo-Facial
CROM 384/2018

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Públco do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



31815573

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 908989

Nome: Graelio Júnior de Souza

Polo atendido: 2235 - ds. do dia: 17/12/17

Diagnóstico Proável:
- paciente utero de acidente
- proctostatose embaixo e na
- hora de nascimento mandibular
- paciente internado de 30 dias
- de pequenos desarranjos
- constipação líquida / passava durante
- tratamento.

Tratamento Realizado: Foi instalado banho de
voo + BME dia 20/12/17.

Procedimento de ambulatório:
de Dr Carlos 3º turno as 07:00
horas (paciente manear)

Observação:

Cópia de:

Ata BME dia 20/12/17

REGISTRO DE ENSITROS

DENCI

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Mesmo - DENCI
S/N - CÓDIGO
S/N - DATA

10/12/2017

ATENÇÃO: Este documento é válido para provimento deendimento hospitalar ou
ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Comunidade, Co-
operativa, Conselho de Medicina, Conselho de Odontologia, Conselho de Enfermagem, Conselho
de Estado de Pernambuco.

Cód. 075





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/01/2020 14:27:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012414270718000000055987130>
Número do documento: 20012414270718000000055987130

Num. 56914998 - Pág. 27



0424219 / 18

487727

- Ata de Medicos

Gicilio Justo da Silva, vítima
de Acidente Automobilista no dia
17/12/2017. O mesmo compareceu
a esta Unidade Hospitalar com dores
de cabeça, náuseas e tonturas.
Foi observado através de R.M. uma
fratura mandibular importante
(adiante-solar), e um leve trauma
frontal. O mesmo relata dores de
cabeça constante, c/ dificuldade
na movimentação da boca de 50g.
Segue ci ALTR.

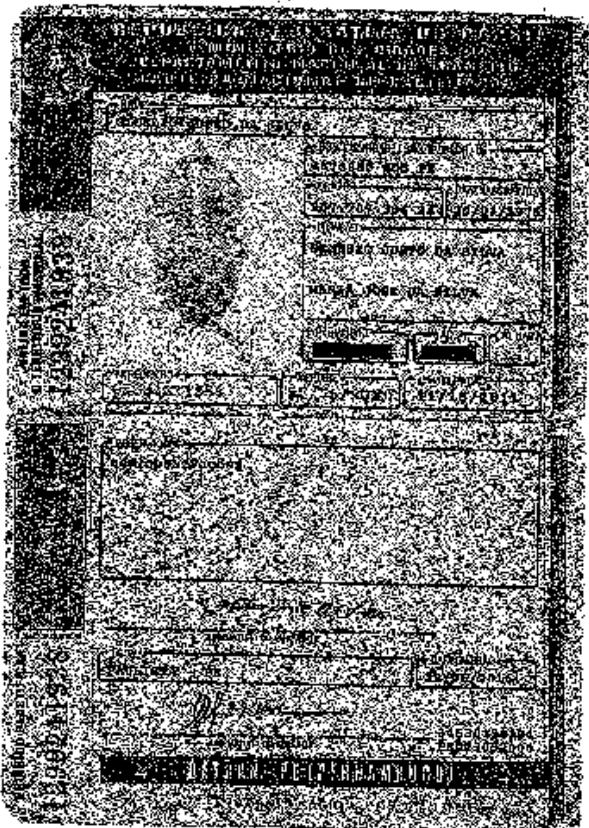
Atto I.B. Cordeiro
CRM/PE 4801

EMZ: 04-04-18

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 NOV 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/01/2020 14:27:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012414270718000000055987130>
Número do documento: 20012414270718000000055987130

Num. 56914998 - Pág. 29

ASL-0213428/18

Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 621.226.354-00

Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA

Data de Nascimento: 30/01/1970

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 20/02/1991

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às 15:14:15 do dia 14/06/2018 (hora a data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 6731.D207.D916.ACEA



Este documento não substitui o Comprovante de Inscrição no CPF.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



A QR code located in the bottom left corner of the page.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/01/2020 14:27:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012414270718000000055987130>
Número do documento: 20012414270718000000055987130

Num. 56914998 - Pág. 31

