



Número: **0084859-48.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                    |                    | Procurador/Terceiro vinculado          |                |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|----------------|
| ARISON SILVA DE PAULA (AUTOR)                             |                    | GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO) |                |
| SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (RÉU) |                    |                                        |                |
| PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)                        |                    |                                        |                |
| Documentos                                                |                    |                                        |                |
| Id.                                                       | Data da Assinatura | Documento                              | Tipo           |
| 57208919                                                  | 31/01/2020 09:52   | <a href="#">2687037_CONTESTACAO_01</a> | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 28ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00848594820198172001

**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 **ARISON SILVA DE PAULA**, 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 **17/11/2017**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 10/01/2018.**

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

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



Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

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

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

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

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

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

#### **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 10/01/2018 após 02 MESES da data do alegado acidente noticiado.**

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

**Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 17/11/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.**

<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;



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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, foi apurada a seguinte lesão:

<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)



| <b>PARECER DE PERÍCIA MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                 |                                                         | <br><small>Administradora de Seguros DPVAT</small> |                       |                             |                                                 |                                                         |           |                       |                                               |      |                        |        |              |              |  |  |                |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------------------------------|------|------------------------|--------|--------------|--------------|--|--|----------------|---------------------|
| <b>DADOS DO SINISTRO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                 |                                                         |                                                                                                                                       |                       |                             |                                                 |                                                         |           |                       |                                               |      |                        |        |              |              |  |  |                |                     |
| Número: 3180140319                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Cidade: Recife                                  | Natureza: Invalidez Permanente                          |                                                                                                                                       |                       |                             |                                                 |                                                         |           |                       |                                               |      |                        |        |              |              |  |  |                |                     |
| Vítima: ARISON SILVA DE PAULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Data do acidente: 17/11/2017                    | Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A             |                                                                                                                                       |                       |                             |                                                 |                                                         |           |                       |                                               |      |                        |        |              |              |  |  |                |                     |
| <b>PARECER</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                         |                                                                                                                                       |                       |                             |                                                 |                                                         |           |                       |                                               |      |                        |        |              |              |  |  |                |                     |
| <p><b>Diagnóstico:</b> FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO</p> <p><b>Descrição do exame médico pericial:</b> DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE PUNHO ESQUERDO. FORÇA DE PREENSÃO PALMAR PRESERVADA.</p> <p><b>Resultados terapêuticos:</b> NO DIA 21/11/2017 FOI SUBMETIDO A FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA E OSTEOSÍNTESE COM FIOS METÁLICOS. NO DIA 09/02/2018, RETIROU FIXADOR EXTERNO E FIOS METÁLICOS. NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA. NÃO MAIS VOLTOU AO MÉDICO APÓS ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/02/2018 E NÃO TEM RETORNO AGENDADO. EDEMA DE PUNHO COM BLOQUEIO ACENTUADO DE FLEXO EXTENSÃO</p> <p><b>Sequelae permanentes:</b> APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.</p> <p><b>Sequelae:</b> Com sequela</p> <p><b>Data da perícia:</b> 27/04/2018</p> <p><b>Conduta mantida:</b></p> <p><b>Observações:</b> REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.</p> <p><b>Médico examinador:</b> FABIO SELERI FERNANDES</p> <p><b>CRM do médico:</b> 52.63021-7</p> <p><b>UF do CRM do médico:</b> RJ</p> |                                                 |                                                         |                                                                                                                                       |                       |                             |                                                 |                                                         |           |                       |                                               |      |                        |        |              |              |  |  |                |                     |
| <b>DANOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                                         |                                                                                                                                       |                       |                             |                                                 |                                                         |           |                       |                                               |      |                        |        |              |              |  |  |                |                     |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</th> <th style="width: 20%;">Percentual da Perda<br/>(Tabela da Lei 6.194/74)</th> <th style="width: 20%;">Enquadramento da Perda (art 3º<br/>§ 1º da Lei 6.194/74)</th> <th style="width: 15%;">% Apurado</th> <th style="width: 15%;">Indenização pelo dano</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perda completa da mobilidade de um dos punhos</td> <td style="text-align: center;">25 %</td> <td>Em grau intenso - 75 %</td> <td style="text-align: center;">18,75%</td> <td style="text-align: right;">R\$ 2.531,25</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;"><b>Total</b></td> <td style="text-align: center;"><b>18,75 %</b></td> <td style="text-align: right;"><b>R\$ 2.531,25</b></td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                |                                                 |                                                         |                                                                                                                                       |                       | DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano | Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau intenso - 75 % | 18,75% | R\$ 2.531,25 | <b>Total</b> |  |  | <b>18,75 %</b> | <b>R\$ 2.531,25</b> |
| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado                                                                                                                             | Indenização pelo dano |                             |                                                 |                                                         |           |                       |                                               |      |                        |        |              |              |  |  |                |                     |
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 25 %                                            | Em grau intenso - 75 %                                  | 18,75%                                                                                                                                | R\$ 2.531,25          |                             |                                                 |                                                         |           |                       |                                               |      |                        |        |              |              |  |  |                |                     |
| <b>Total</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                                         | <b>18,75 %</b>                                                                                                                        | <b>R\$ 2.531,25</b>   |                             |                                                 |                                                         |           |                       |                                               |      |                        |        |              |              |  |  |                |                     |
| <b>PRESTADOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                 |                                                         |                                                                                                                                       |                       |                             |                                                 |                                                         |           |                       |                                               |      |                        |        |              |              |  |  |                |                     |
| <p>CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços</p> <p><b>Médico revisor:</b> MARIA DE FATIMA FURTADO MELO</p> <p><b>CRM do médico:</b> 52.49515-5</p> <p><b>UF do CRM do médico:</b> RJ</p> <p><b>Assinatura do médico:</b></p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                 |                                                         |                                                                                                                                       |                       |                             |                                                 |                                                         |           |                       |                                               |      |                        |        |              |              |  |  |                |                     |

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

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

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

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



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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

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

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 17/11/2017. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), conforme demonstrado abaixo:**

### **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: 03/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: ARISON SILVA DE PAULA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000238132-9

Nr. da Autenticação 85D9707CE1B61AF8

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



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.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

<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.”



### **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>6</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>7</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.

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 a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

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

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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





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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 21 de janeiro de 2020.

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

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



### **QUESITOS DA RÉ**

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há 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 o 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 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



### **TABELA DE GRADAÇÃO**

| <b>Danos Corporais Previstos na Lei</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Total (100%)</b> | <b>Intensa (75%)</b> | <b>Média (50%)</b> | <b>Leve (25%)</b> | <b>Residual (10%)</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 13.500,00       | R\$ 10.125,00        | R\$ 6.750,00       | R\$ 3.375,00      | R\$ 1.350,00          |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                                                                            |                     |                      |                    |                   |                       |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                  |                     |                      |                    |                   |                       |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | R\$ 9.450,00        | R\$ 7.087,50         | R\$ 4.725,00       | R\$ 2.362,50      | R\$ 945,00            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 6.750,00        | R\$ 5.062,50         | R\$ 3.375,00       | R\$ 1.687,50      | R\$ 675,00            |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                                                                                                                                                                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                      | R\$ 3.375,00        | R\$ 2.531,25         | R\$ 1.687,50       | R\$ 843,75        | R\$ 337,50            |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 1.350,00        | R\$ 1.012,50         | R\$ 675,00         | R\$ 337,50        | R\$ 135,00            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                      |                    |                   |                       |



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ARISON SILVA DE PAULA**, em curso perante a **28ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00848594820198172001.

Rio de Janeiro, 21 de janeiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0084859-48.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                    |                    | Procurador/Terceiro vinculado          |                    |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|--------------------|
| ARISON SILVA DE PAULA (AUTOR)                             |                    | GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (RÉU) |                    |                                        |                    |
| PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)                        |                    |                                        |                    |
| Documentos                                                |                    |                                        |                    |
| Id.                                                       | Data da Assinatura | Documento                              | Tipo               |
| 57208920                                                  | 31/01/2020 09:52   | <a href="#">ANEXO 1</a>                | Outros (Documento) |



**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 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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: 096.547.874-23 Nome completo da vítima: ARISON SILVA DE PAULA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                               |                         |                                               |                             |
|-----------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| Nome completo<br><u>ARISON SILVA DE PAULA</u> |                         | CPF titular da conta<br><u>096.547.874-23</u> | Profissão<br><u>LOTEIRO</u> |
| Endereço<br><u>R- AMARO LUIZ DE CARVALHO</u>  |                         | Número<br><u>04</u>                           | Complemento<br><u>CASA</u>  |
| Bairro<br><u>MACAXEIRA</u>                    | Cidade<br><u>RECIFE</u> | Estado<br><u>PE</u>                           | CEP<br><u>52090-680</u>     |
| Email                                         |                         | Telefone (DDD)<br><u>081-98881-6515</u>       |                             |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO Nome:  NÚM:

AGÊNCIA NÚM:  D/V:  CONTA NÚM:  D/V:

0049 00238132 9

(Informar dígito se existir)

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

RECIFE 13 de MARÇO de 2013  
Local e Data

05.802.494/0001-41

TRACÇÃO CORRETORES  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Rua Vitor - CEP 51050-010  
RECIFE-PE

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAUPF/001 V001/2017



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101  
CAIXA 0800 725 7474  
CAIXA 0800 725 7474

067-384733619-5

06/MAR/2018

HORA DE 15:22:58

LOT: 15.07507-3  
LOCALIDADE: RECIFE  
AG. VINCULADA: 0049

TERM: 020231

CONTROLE: 615931770

DEPOSITO EM DINHEIRO

0049 013 00238132-9

ARISON SILVA DE PAUL

VALOR

ESTE RECIBO É VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPOSITO

067-384733619-5

14 VIA

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETOIRA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

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







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0096000212**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/01/2018** às **17:01**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **17/11/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **47 AVENIDA DEZESSETE DE AGOSTO - APIPUCOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE APIPUCOS (BAIRRO), 1 - Bairro: APIPUCOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

NÃO IDENTIFICADO (AUTOR \ AGENTE)  
CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO (OUTRO)  
ADEMIR FERREIRA DE PAULA (OUTRO)  
ARISON SILVA DE PAULA (VÍTIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **NÃO IDENTIFICADO**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO**



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

**ARISON SILVA DE PAULA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA**  
Pai: **ADEMIR FERREIRA DE PAULA** Data de Nascimento: **7/6/1989** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA AMARO LUIS DE CARVALHO, 04, QUADRA 01 - LOTE 04 - CEP: 55000-000 - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO CARMO DA PAIXÃO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**NÃO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**ADEMIR FERREIRA DE PAULA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ADEMIR FERREIRA DE PAULA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLD9819 (PERNAMBUCO/RECIFE)**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**  
Descrição: **CG-150 - FAN**

05.802.494/0001-41  
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C  
BOA VISTA - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

DOCUMENTO ORIGINAL

10/01/2018, 16:53





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0096000212**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/01/2018** às **17:01**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **17/11/2017** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **47 AVENIDA DEZESSETE DE AGOSTO - APIPUCOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE APIPUCOS (BAIRRO), 1 - Bairros: APIPUCOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO IDENTIFICADO (AUTOR / AGENTE)  
CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO (OUTRO)  
ADEMIR FERREIRA DE PAULA (OUTRO)  
ARISON SILVA DE PAULA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **NÃO IDENTIFICADO**  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO**



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

**ARISON SILVA DE PAULA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS DORES DA SILVA**  
Pai: **ADEMIR FERREIRA DE PAULA** Data de Nascimento: **7/6/1989** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA AMARO LUIS DE CARVALHO, 04, QUADRA 01 - LOTE 04 - CEP: 55000-000 - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO DA PAIXÃO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**NÃO IDENTIFICADO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**ADEMIR FERREIRA DE PAULA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ADEMIR FERREIRA DE PAULA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLD9919 (PERNAMBUCO/RECIFE)**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**  
Descrição: **CG-150 - FAN**

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORES  
RECEBIDA

12 ABR. 2018

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



**AUTOMOVELO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **NÃO IDENTIFICADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **NÃO IDENTIFICADO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/TOYOTA/HILUX** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCN3999** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

**INFORMOU A VÍTIMA QUE TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA KLD9819, A QUAL ERA PILOTADA POR CARLOS HENRIQUE DA PAIXÃO, QUANDO TAL MOTOCICLETA ABALROOU NA TRAZEIRA DO VEÍCULO DE PLACA PCN3999. A VÍTIMA SOFREU FERIMENTOS DIVERSOS SENDO SOCORRIDO POR UMA VT DO GRUPO DE RESGATE DO CORPO DE BOMBEIROS E CONDUZIDO PARA O UPA DA CAXANGÁ E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA.**

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

*Arison Silva de Paula*

**ARISON SILVA DE PAULA**  
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **JOEZ CORREIA DOS SANTOS** - Matrícula: **155765-3**



05.802.494/000-  
TRAÇÃO CORRETO  
DE SEGUIR

12 ABR. 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL  
Boa Vista - CEP: 50.060-000



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 a 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<br><b>ARISON SILVA DE PAULA</b> | CPF da Vítima<br><b>096.547.874-23</b> | Data do Acidente<br><b>17-11-2017</b> |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

|                                      |                                        |
|--------------------------------------|----------------------------------------|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante legal             |
| Email                                | Telefone (DDD)<br><b>081-988963391</b> |

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 atenda 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 às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

05.802.494/0001-43  
TRAÇÃO CORRETORES  
DE SEGUROS LTDA

**Recife, 13 de março de 2018** 16 MAR. 2018

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

**Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL 1 001 V001/2017







**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2017APH002122 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ARISON SILVA DE PAULA, 29 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 6992066 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 096.547.874-23, residente à RUA AMORO LUIZ DE CARVALHO, nº, QUD 11 LOTE 04, MACAXEIRA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 17/11/2017, por volta das 16:22 hs, no endereço: RUA DEZESSETE DE AGOSTO, S/N, APIPULCOS RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI CINZA KLD9819-PE; MIS UTILITARIO I/TOYOTA HILUX SWSRXA4FD BRANCA PCN3999-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ARISON SILVA DE PAULA, inscrito sob o CPF nº 096.547.874-23 e Registro Geral nº 6992066, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 707294-5 VALQUIRIA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário nº 413321. Ficou aos cuidados do médico AURIVAN B., registro 14013. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 10/01/2018

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site*

*<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH002122*

05.802.494/0001-43  
TRAÇÃO CORRETO:IA  
DE SEGUROS LTDA

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180 16 MAR. 2013

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

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



# 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: | 03/05/2018 |
|------------------------|------------|

|                      |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

|              |          |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 2.531,25 |
|--------------|----------|

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

CLIENTE: ARISON SILVA DE PAULA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000238132-9

---

---

Nr. da Autenticação 85D9707CE1B61AF8





Título Social de Energia Elétrica Criado pela Lei 10.436, de 20/04/02

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902  
CNPJ 10.858.820/0001-08 | Insc. Est. 0006943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
JOSE FERREIRA DE PAULA  
RUA AURELIANO DE SOUZA RATO

SERVIÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA AMAR LUIZ DE CARVALHO 4 RP-11

UF: PE Nº: 144-42

MATRICULA: 11104  
RECIFE  
53060-902

CLASSIFICAÇÃO  
BI RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Mediador

NÚMERO DO CONTRATO 1315045017  
DATA DE VIGÊNCIA 20/12/2017  
DATA DE EXPIRAÇÃO 10/01/2018  
VALOR A PAGAR 193,08

DATA DE VIGÊNCIA 20/12/2017  
DATA DE EXPIRAÇÃO 10/01/2018

VALOR A PAGAR 193,08

|                                            | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--------------------------------------------|------------|-------------|-------------|
| Consumo Medido (kWh)                       | 225,000000 | 0,8881727   | 199,83      |
| Atividade Baseada em kWh (175k)            |            |             | 12,40       |
| Contribuição de Energia de Ponto a         |            |             | 18,96       |
| Contribuição de Energia de Ponto a         |            |             | 1,18        |
| Multa por atraso (R\$ 0,000000 - 10/01/17) |            |             | 2,85        |
| Juros por atraso (R\$ 0,000000 - 10/01/17) |            |             | 5,19        |
| Multa por atraso (R\$ 0,000000 - 10/01/17) |            |             | 0,44        |
| TOTAL DA FATURA                            |            |             | 193,08      |

| WBO   | TIPO DA | ANTERIOR | ATUAL   | WBO   | CONSTANTE | ADJ. 1  | CONSUMO |
|-------|---------|----------|---------|-------|-----------|---------|---------|
| 00000 | PUNTO   | 0,00000  | 0,00000 | 00000 | 0,00000   | 0,00000 | 0,00000 |

| WBO   | TIPO DA | ANTERIOR | ATUAL   | WBO   | CONSTANTE | ADJ. 1  | CONSUMO |
|-------|---------|----------|---------|-------|-----------|---------|---------|
| 00000 | PUNTO   | 0,00000  | 0,00000 | 00000 | 0,00000   | 0,00000 | 0,00000 |



| WBO   | TIPO DA | ANTERIOR | ATUAL   | WBO   | CONSTANTE | ADJ. 1  | CONSUMO |
|-------|---------|----------|---------|-------|-----------|---------|---------|
| 00000 | PUNTO   | 0,00000  | 0,00000 | 00000 | 0,00000   | 0,00000 | 0,00000 |

Q5.802.494/0001-47  
TRAÇÃO CORREFOIA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50060-010  
RECIFE-PE



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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50051-002  
CNPJ 10.835.332/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 9005943-03



Grupo Nucleonergy  
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTUÁRIO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5589  
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  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ERICA ESTEVAO DE SANTANA  
PX AO EDUCANDARIO SILVIA NUNES  
CPF: 073.894.864-78

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO GERALDO 276

LOTTO SAO PEDRO/CAMARAGIBE  
54733-770 CAMARAGIBE PE

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

DATA DE VENCIMENTO

03/10/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

26/09/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO

26/09/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL

003327866

CONTA CONTRATO

004008543394

Nº DO CLIENTE

2093035570

Nº DA INSTALAÇÃO

8090007442

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

FC8F.DFD7.A9A9.B3FC.3DC5.E522.075E.47A5

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO                                | QUANTIDADE | PREÇO      | VALOR (R\$)  |
|------------------------------------------|------------|------------|--------------|
| Consumo Ativo(KWh)                       | 38,08      | 0,49850588 | 14,85        |
| Acréscimo Bandeira AMARELA               |            |            | 0,49         |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA              |            |            | 0,16         |
| Multa por atraso-RF 803245882 - 25/09/17 |            |            | 0,31         |
| Juros por atraso-RF 803245882 - 25/09/17 |            |            | 0,01         |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |            | <b>15,82</b> |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS            |      | PIS              |                 | COFINS |                  |
|-----------------|------|------------------|-----------------|--------|------------------|
| BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %      | VALOR DO IMPOSTO |
| 0,00            | 0,00 | 0,00             | 0,00            | 0,00   | 0,00             |

| Tarifas Aplicadas                                                                             | HISTÓRICO DO CONSUMO |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Consumo Ativo(KWh)                                                                            | 0,49850588           |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Faturado pelo mínimo da Tarefa Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010. | SET 17               | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                               | AGO 17               | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                               | JUL 17               | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                               | JUN 17               | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                               | MAY 17               | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                               | ABR 17               | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                               | MAR 17               | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                               | FEV 17               | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                               | JAN 17               | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                               | DEZ 16               | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                               | NOV 16               | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                               | OCT 16               | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                               | SET 16               | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Faturado pelo mínimo de taxa  
- Custo de Disponibilidade  
Artigo 98, Resolução ANEEL  
414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIDOR | Tipo da Função | ANTERIOR | ATUAL    | Nº       | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO |
|-------------------|----------------|----------|----------|----------|-----------|--------|---------|
| 9099090312054343  | CAT            | 25882917 | 2.480,00 | 25882917 | 2.480,00  | 32     | 1,0000  |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/09/17

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO                                     | CONJUNTO   | VALOR APURADO | RELA. MENSAL | RELA. TRIMESTRAL | RELA. ANUAL        |
|-----------------------------------------------|------------|---------------|--------------|------------------|--------------------|
| MENSAL                                        |            |               |              |                  |                    |
| DISC-Ativa hora sem Energia                   | CAMARAGIBE | 5,39          | 5,19         | 16,38            | 20,77              |
| FIC-Ativa hora sem Energia                    |            | 0,00          | 3,39         | 8,90             | 15,39              |
| DISC-Duração máxima de interrupção contínua   |            | 0,00          | 2,84         | 9,39             | 6,00               |
| DISC-Correlação de interrupção em dia crítico |            |               |              |                  |                    |
|                                               |            |               |              |                  | Limite DISC: 12,33 |
| LIMITE-Índice de Qualidade de Serviço - IQS   |            |               |              |                  |                    |
| Índice de Qualidade de Serviço - IQS: 7,43    |            |               |              |                  |                    |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação da continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2% (Resolução ANEEL 414/2010) e atualização monetária no prola. não  
incidência do ICMS conforme Art. 9, XLVIII e, 3.1, do ICMS-PE.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL(V)  | FAIXA DE VARIAÇÃO(V) |
|--------------------|----------------------|
|                    | MÍNIMO MÁXIMO        |
| 05.802.994/0001-01 | 220 231              |

TRAÇÃO AUTOMÁTICA  
DE SEGUROS LTDA

DESTAQUE AQUI

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|
| 004008543394   | 09/2017 | 0,00               | 03/10/2017 |

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

18 MAR 2017

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este documento não pode ser usado em leitores ópticos.

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





**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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA JOSÉ SANTOS DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 830.621.904 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ARISON SILVA DE PAULA inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.547.874 / 23 do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDEZ da Vítima ARISON SILVA DE PAULA inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.547.874 / 23, 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 Lider-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<br><u>R - SÃO GERARDO</u> |                             | Número<br><u>226</u>  | Complemento<br><u>CASA</u> |
| Bairro<br><u>LOTI SÃO PEDRO</u>    | Cidade<br><u>CAUAPACIBE</u> | Estado<br><u>PE</u>   | CEP<br><u>54753-770</u>    |
| Telefone comercial(DDD)            |                             | Telefone celular(DDD) |                            |
|                                    |                             | <u>081-988963391</u>  |                            |

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETOIRA  
DE SEGUROS LTDA

Recife 13 de março de 2018

Local e Data

16 MAR. 2013

Maria José Santos da Silva

Assinatura do Declarante

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. E

Bom Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ADEMIR FERREIRA DE PAULA,

RG nº 2.646.531, data de expedição 12/02/13,

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 215.095.144-49 com

domicílio na cidade de Recife, no Estado de

PERNAMBUCO onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R - AMARO LUIZ DE CARVALHO, nº 04,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Adriana Silva de Paula, cujo o condutor era

Carlos Henrique da Paixão.

Veículo: MOTO

Modelo: 2010

Ano: 2010

Placa: KLD-9819

Chassi: XZKC1550AR131400

Data do Acidente: 17-11-2017

Local e Data: RECIFE 12 03 2018



Admir Ferreira de Paula  
Assinatura do Declarante

Carlos Henrique da Paixão

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



05.802.494/0001-4  
TRAÇÃO CORRETORES  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP- 50.060-011

RECIFE, PE

DOCUMENTO  
ORIGINAL



Pernambuco

UPA24h  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ

UPA24h  
UPA CAXANGÁ 24 HS  
Claydeon Santos  
Arquivista - Mar. 1984

Data do Atendimento: 17/11/2017 Hora: 17:08:32

No. Atendimento: 1094301

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sector / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

PRONTUÁRIO: 417321

Nome: ARISON SILVA DE PAULA

Data de Nascimento: 07/06/1989

Idade: 28 Anos, 6 Meses e 5 Dias

País ou responsáveis: MARIA DAS DORES DA SILVA

Endereço: RUA AMARO LUIS DE CARVALHO, 1 QD 1 LT 04 - MACAXEIRA - 52090680

Cidade: RECIFE Tel.: 81 988816515

Hora do Atendimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hs

Peso: \_\_\_\_ Kg

Temperatura: \_\_\_\_ °

QPD / HDA: Trauma de mão no acidente expandido de  
sua mão e dor e inchaço da mão esquerda

EXAME FÍSICO: Exame físico normal  
Dor à palpitação  
Deformidade

DIAGNÓSTICO: 1 - Lesão distal da mão  
segunda  
22 - Bl.

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

2 - Pulso = / PS  
Pulso = 1 - Pulso = 1 - Pulso = 1  
Pulso = 1 - Pulso = 1 - Pulso = 1

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: 1 - Pulso = 1 - Pulso = 1 - Pulso = 1  
2 - Pulso = 1 - Pulso = 1 - Pulso = 1  
3 - Pulso = 1 - Pulso = 1 - Pulso = 1

\*Destino do Paciente: ( ) Alta para casa ( ) Encaminhamento ao Ambulatório ( ) Internamento

( ) Transferência para outra Unidade ( ) Óbito ( ) Outro:

\*Condição de Saúde do Paciente: ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Piorado

05.802.494/0001-4  
TRACÇÃO CORRETOIA  
SEGURADOS LTDA

16 MAR. 2017

Dr. Anderson S. da M.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 74177

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

17 NOV 2017

Conrado A. Sobral  
Assessor  
Ortopedia

Médico - Carimbo e Assinatura



## UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 17/11/2017 17:03

Nome Paciente: ARISSON SILVA DE PAULA SIC  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento:  
Sexo: Masculino  
Idade: 29  
Senha: OR0073  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

UPA24H  
UPA CAXANGA 24 HS  
Claydon Santos  
Atendente - Mar 2013

: 17/11/2017 17:05 - 17/11/2017 17:06

SUSYANNE KARINNE ORENGO BEZERRA FERNANDE - : 253197 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENCIA**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: VITIMA DE PACIENTE CHEGA COM BOMBEIRO OCORRENCIA 1128412 ACIDENTE DE MOTO REFERE DOR EM MSE. NAO FOI VERIFICADO SSVV

Observação: HAS -  
DM -  
ALERGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-4  
TRAÇÃO CORRETOHA  
DE SEGURANSA LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, 117 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE PE

Acolhido(a) por: SUSYANNE KARINNE ORENGO BEZERRA FERNANDE - : 253197 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/11/2017 17:06

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Santa Casa de Recife

## Relatório Médico de Alta

Nome: ARISON SILVA DE PAULA

Reg.: 544939

Pront.: 1113151

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 07/06/1989

Idade: 28

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Admissão: 09/02/2018 08:07

Alta: 10/02/2018 10:23

Admissão:

RETIRADA FIXADOR EXTERNO EM RADIO DISTAL ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal

Z47.0

SEGUIMENTO ENVOLVENDO REMOÇÃO DE PLACA DE FRATURA E OUTROS DISPOSITIVOS DE FIXAÇÃO INTERNA

Internação:

Unidade

Admissão

Alta/Transferência

Tempo

ENFERMARIA SÃO LUIZ

09/02/2018 08:07

10/02/2018 10:23

1 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº HENRIQUE BARBOSA para 21 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX;
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta:

Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável:

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM:

10531

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORES  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

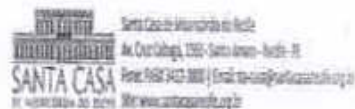
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. E  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Santa Casa de Recife

## Relatório Médico de Alta

Nome: **ARISON SILVA DE PAULA**  
Reg.: 541939 Progt.: 1113151  
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 07/06/1989  
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 28  
Admissão: 18/11/2017 12:21 Alta: 21/11/2017 08:55



Admissão:

FRATURA 1/3 DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Internação:

| Unidade             | Admissão         | Alta/Transferência | Tempo    |
|---------------------|------------------|--------------------|----------|
| ENFERMARIA SÃO LUIZ | 18/11/2017 12:21 | 21/11/2017 08:55   | 3 dia(s) |

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº HENRIQUE BARBOSA para 21 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO  
CRM: 6218

Dr. Azarias Salgado  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 6218

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETOIA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2017

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







05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETOIRA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE





05.802.494/0001-4  
TRAÇÃO CORRETOIRA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

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



DETRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

013726072240

DETRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 222795229 16/11/17

ADEMIR FERREIRA DE PAULA

RECIFE - PE

215.095.144-49

952FC1550AR131400

PAG. NOTOCICETA

HONDA/CG 150 FAN EST

28/149CL

1 PEVA 2017 QUITADO

V PARCELAMENTO OUTROS

A 1

SEM RESERVAÇÃO DE PONTE OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

RECIFE 16/11/17

Charles Andreza Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013726072240 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ADEMIR FERREIRA DE PAULA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE - PE

215.095.144-49

HONDA/CG 150 FAN EST

952FC1550AR131400

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

COTA UNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.346.888/0001-04

VERIFIQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DE FORTY OBRIGATORIO.

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180140319 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ARISON SILVA DE PAULA **Data do acidente:** 17/11/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 19/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

### DANOS

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

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





## PROCURAÇÃO

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

### OUTORGANTE:

Nome: ARISON SILVA DE PAULA  
brasileiro (a), estado \_\_\_\_\_  
civil: SOLTEIRO, profissão: Porteiro  
RG: 6.992.066, CPF/MF Nº 096.547.874-23  
Com endereço residencial a R. AMARO LUIZ DE CARVALHO Nº  
001-11 Lote 84 - BAIRRO MACAIEIRA - RECIFE  
PE

### Outorgado:

Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA  
RG: 4364868 - SDS PE CPF: 830.621.904-00  
R. SÃO GERALDO Nº 276 - CEP: 54753-770  
CIDADE: AMARALIZA PE - Lot: SÃO PEDRO  
PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do seguro Obrigatório - DPVAT.



Paula, 12 de Março de 2018.

Arison Silva de Paula

### OUTORGANTE



DOCUMENTO  
ORIGINAL

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETOIRA  
DE REGISTROS LTDA

10 MAR. 2018

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





Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ARISON SILVA DE PAULA**

Nº Sinistro: **3180140319**

Vítima: **ARISON SILVA DE PAULA**

Data do Acidente: **17/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA JOSE SANTOS DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180140319**.

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 12611067

Pag. 01135/01136 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ARISON SILVA DE PAULA**  
Nº Sinistro: **3180140319**  
Vítima: **ARISON SILVA DE PAULA**  
Data do Acidente: **17/11/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **MARIA JOSE SANTOS DA SILVA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180140319**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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**

Pag. 00117/00118 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 1261134



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ARISON SILVA DE PAULA**

Sinistro: **3180140319**  
Vítima: **ARISON SILVA DE PAULA**  
Data do Acidente: **17/11/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **MARIA JOSE SANTOS DA SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180140319** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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**

Pag. 00047/00048 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12680758



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Carta nº: 12775056

A/C: ARISON SILVA DE PAULA

Nº Sinistro: 3180140319  
Vitima: ARISON SILVA DE PAULA  
Data do Acidente: 17/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ARISON SILVA DE PAULA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000049

Conta: 00000238132-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 2.531,25 |

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = | R\$ | 2.531,25 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01135/01136 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020568



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180140319**  
Nome do(a) Examinado(a): **ARISON SILVA DE PAULA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA AMARO LUÍS DE CARVALHO nº 04 - MACAXEIRA - RECIFE/PE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 6992066 - SSP**  
Data e local do acidente: **17/11/2017 RECIFE/PE**  
Data e local do exame: **27/04/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

**FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO**

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

**NO DIA 21/11/2017 FOI SUBMETIDO A FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA E OSTEOSÍNTESE COM FIOS METÁLICOS. NO DIA 09/02/2018, RETIROU FIXADOR EXTERNO E FIOS METÁLICOS. NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA. NÃO MAIS VOLTOU AO MÉDICO APÓS ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/02/2018 E NÃO TEM RETORNO AGENDADO.**

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

**EDEMA DE PUNHO COM BLOQUEIO ACENTUADO DE FLEXO EXTENSÃO**

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

**DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE PUNHO ESQUERDO. FORÇA DE PREENSÃO PALMAR PRESERVADA.**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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(\*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **PUNHO ESQUERDO**

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ**

  
Fabio S. Fernandes  
Medicina Interna  
CRM 52.63021-7

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM





## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180140319 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ARISON SILVA DE PAULA **Data do acidente:** 17/11/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE PUNHO ESQUERDO. FORÇA DE PREENSÃO PALMAR PRESERVADA.

**Resultados terapêuticos:** NO DIA 21/11/2017 FOI SUBMETIDO A FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA E OSTEOSÍNTESE COM FIOS METÁLICOS. NO DIA 09/02/2018, RETIROU FIXADOR EXTERNO E FIOS METÁLICOS. NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA. NÃO MAIS VOLTOU AO MÉDICO APÓS ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/02/2018 E NÃO TEM RETORNO AGENDADO. EDEMA DE PUNHO COM BLOQUEIO ACENTUADO DE FLEXO EXTENSÃO

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** FABIO SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

### 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 punhos | 25 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 18,75%    | R\$ 2.531,25          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 18,75 %   | R\$ 2.531,25          |

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

**CRM do médico:** 52.49515-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

