



Número: **0089796-04.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SANDRA GOMES DA SILVA (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56887875	24/01/2020 09:05	2687106_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00897960420198172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SANDRA GOMES DA SILVA**, 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 **10/11/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 05/01/2018.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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/2015¹, 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/2015².

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 05/01/2018 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 10/11/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

¹[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.

²[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;



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, CPC³.

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 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

³“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)



Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS

A Lei que regula a indenização pleiteado pelo Autor é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

O autor apresentou sua tese de maneira simplista, pois segundo ela, bastaria informar ao juízo que a fora acometida de acidente automobilístico e sofre com dores em decorrência do sinistro.

Em contrapartida, verifica se na presente demanda que não há qualquer documento corroborando a suposta invalidez permanente, o autor não demonstra qualquer tratamento médico ou qualquer acompanhamento, fisioterapia o qual atestasse que o membro não exerceria a função da mesma forma natural.

Desta forma, sempre que um problema jurídico vai ter na indagação ou na pesquisa da causa, desponta a sua complexidade maior.

Mesmo que haja culpa e dano, não existe obrigação de reparar, se entre ambos não se estabelecer a relação causal.

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



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

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, 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.

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

⁵ **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 citação⁶.

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 ação⁷.

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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme 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.

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

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

⁷art. 1º. (...)

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



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, 17 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 24/01/2020 09:05:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012409053912500000055960110>
Número do documento: 20012409053912500000055960110

Num. 56887875 - Pág. 7

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

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	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 **SANDRA GOMES DA SILVA**, em curso perante a **34ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00897960420198172001.

Rio de Janeiro, 17 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





24/01/2020

Número: **0089796-04.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado	
SANDRA GOMES DA SILVA (AUTOR)			PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)				
Documentos				
Id.	Data da Assinatura	Documento		Tipo
56887876	24/01/2020 09:05	ANEXO 1		Outros (Documento)

Pernambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO
CAXANGÁ

UPA CAXANGÁ
SOMENTE EM CASO DE EMERGENCIA

Marcelo Correia
Mário Lucinda

Data do Atendimento: 10/11/2017 Hora: 20:38:04

Nº. Atendimento: 1091496

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO: 416644

Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Colaborador: ADRIANAFC

Nome: SANDRA GOMES DA SILVA

Data de Nascimento: 20/12/1971

Idade: 45 Anos, 10 Meses e 21 Dias

C.I.:

País ou responsáveis: MARIA DA PAZ GOMES SILVA

Endereço: RUA NOVA JALES, 105 - CAJUEIRO/ - 52221260

Cidade: RECIFE

Tel.:

Hora do Atendimento: 20:30 Hs

Peso: Kg

Temperatura: °

OPD / HDA: R. de dor de cabeça em ambos os
olhos e visão turva.

EXAME FÍSICO: exame físico em ambos os olhos.

DIAGNÓSTICO: Luxação do olho

CONDUÇÃO NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO R. de dor de cabeça AP +
ambos os olhos (5) AP +
problema de visão
trauma axila proximal.

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: R. de dor de cabeça.

problema de visão
diagnóstico de trauma
problema de visão

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

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro: trauma de cabeça

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

Dr. Marcelo Correia
Traumato-Ortopedia
CRM: 19647

Médico - Carimbo e Assinatura



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora registrada da senha: 10/11/2017 20:27

	Nome Paciente:	SANDRA GOMES DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	20/12/1971
	Sexo:	Feminino
	Idade:	45
	Senha:	OR0079
	Convênio:	-
Atendimento:	SAME:	

: 10/11/2017 20:31 - 10/11/2017 20:34

GLEIDE MARQUES DA SILVA - : 332312 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENCIA**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDA PELOS AMU RECIFE COM HISTORIA DE QUEDA DA MOTO APRESENTA ESCORIAÇÕES, DOR EM MSD E

Observação: NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: ACIDENTE DE TRANSPORTE

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: GLEIDE MARQUES DA SILVA - : 332312 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/11/2017 20:34

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Data do Atendimento: 18/11/2017 Hora: 16:12:48 PRONTUÁRIO: 416644
No. Atendimento: 1094673 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador: DEBORAMCS
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Nome: SANDRA GOMES DA SILVA Sexo: M
Data de Nascimento: 20/12/1971 Idade: 45 Anos, 10 Meses e 29 Dias C.I.: 4914648
Mães ou responsáveis: MARIA DA PAZ GOMES SILVA
Endereço: RUA NOVO JARDIM, 22 - SAN MARTIN/ - 50760735
Cidade: RECIFE Tel.: 81 984511806
Hora do Atendimento: / Hs Peso: Kg Temperatura: °

OPD / HDA: Queda de mobiliário sobre
cabeça em C.T.O. com forte dor
no local e sangramento. Vem
no serviço de emergência em P.O.D.

EXAME FÍSICO: hematomas em s.c.p.d.

DIAGNÓSTICO: Polifragilidade
fratura de S.O.P.D.

CONDUÇÃO NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO R.I. n.º 40/05/2017
fratura de S.O.P.D.

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: fratura de S.O.P.D.

Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento
() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

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


Dr. Maxineir Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
C.R.O. 15587
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: 18/11/2017 16:09

	Nome Paciente:	SANDRA GOMES DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	20/12/1971
	Sexo:	Feminino
	Idade:	45
	Senha:	CG0106
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

: 18/11/2017 16:10 - 18/11/2017 16:11

MARCIA ELAINE RAIMUNDO WANDERLEY - : 466090 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **NÃO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: RELATO DE DOR EM MID APÓS TRAUMA HÁ 8 DIAS.

Observação: ALERGIAS BENZETACIL.
DM -
HAS -

Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE

Discriminador(es): - DOR LEVE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 90.00 MM/HG

Acolhido(a) por: MARCIA ELAINE RAIMUNDO WANDERLEY - : 466090 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/11/2017 16:11

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



data do Atendimento: 22/11/2017 Hora: 11:47:56 PRONTUÁRIO: 416644
Atendimento: 1096410 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador: ANDREACVS
tor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Nome: SANDRA GOMES DA SILVA Sexo: M
Data de Nascimento: 20/12/1971 Idade: 45 Anos, 11 Meses e 2 Dias C.I.: 4914648
Pais ou responsáveis: MARIA DA PAZ GOMES SILVA /
Endereço: RUA NOVO JARDIM, 22 - SAN MARTIN/ - 50760735
Cidade: RECIFE Tel.: 81 984511806
Hora do Atendimento: ____ / ____ Hs Peso: ____ Kg Temperatura: ____ °

PD / HDA: *Prontuário subscrito de natureza de S PDD. Faltam
os documentos.*

XAME FÍSICO: *Com uso de tala e fixação, imobilização
da 4ª, 5ª PDD - Homeno*

DIAGNÓSTICO: *Fratura da 4ª PDD*

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: *Tratar imobilização com
da 4ª, 5ª PDD - Homeno*

VOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: *Quanto a movimentação que não pode
fazer.*

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

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

Condição de Saúde do Paciente: ☒ Melhorado () Inalterado () Piorado

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: 22/11/2017 11:37

	Nome Paciente:	SANDRA GOMES DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	20/12/1971
	Sexo:	Feminino
	Idade:	45
	Senha:	OR0035
	Convênio:	-
Atendimento:	SAME:	

: 22/11/2017 11:41 - 22/11/2017 11:45

MARCIA ELAINE RAIMUNDO WANDERLEY - : 466090 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:	NÃO URGENTE
Cor:	 VERDE
Queixa Principal:	PCT RETORNA A UNIDADE COM DOR EM MID APÓS TRAUMA
Observação:	HAS - DM - ALERGIA: BENZETACIL
Fluxograma sintoma:	TRAUMA LEVE
Discriminador(es):	- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- P.A. SISTOLICA: 110.00 MM/HG - P.A. DISTOLICA: 70.00 MM/HG - TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Acolhido(a) por: MARCIA ELAINE RAIMUNDO WANDERLEY - : 466090 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/11/2017 11:45

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



SAMONA GOMES

MaxSulid 400 1 Cx.

Tomar 01 Comprimido de 12/12 horas.

1011117

Dr. Marcelo Correia
Traumato-Ortopédia
CRM: 19647



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Sandro Freire Registro: _____
Clínica: do Euf Procedência: _____

AMBUCLATORIO

de OM BRO/
COTOVELO


04/12/17

Data: / /

Médico-CRM

075-HOF



Sandra Gomes
Ao ambulatório
de ortopedia
luxação do
cotovelo

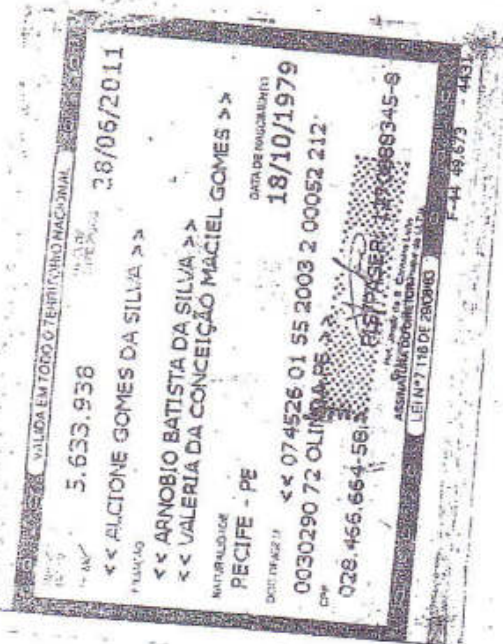
HGV
HOR

10/11/17

Dr. Marcelo Correia
Traumato-Ortopedia
CRM: 19547







CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE 012564240790		71656079996 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
VIA 1 1075915120	COD. TOMBAM. 1075915120	PLACA 1075915120	
JOSE PAULO DA SILVA RUA MANOEL DE ALBUQUERQUE FERNANDES 137 AFOGADOS RECIFE-PE			
255.095.864-00		PDN5761	
3TAR MOTOS CONCORDIA			
***** *****		***** *****	
PLACA ANTUA ***** *****		***** *****	
PAS /CICLOMOTOR		GASOLINA	
I/SHINERAY XY50Q PHOENIX		2012 2013	
2P/49CL		VERMELHA	
20160006		VERMELHA	
SEM RESERVA			
RECIFE-PE			
Charles Andrews Sousa Ribeiro Director Presidente DETRAN/PE			
19/01/16			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077596 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 10/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA COM LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO.
FRATURA DO 5º PODODÁCTILO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077596 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 10/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA COM LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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





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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190077596

Vítima: SANDRA GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 10/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRA GOMES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13877783

Pag. 00429/00430 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190077596

Vítima: SANDRA GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 10/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SANDRA GOMES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01805/01806 - carta_04 - INVALIDEZ

00040903



Carta nº 13905250



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 987.879.774-00 Nome completo da vítima: SANARA GOMES DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: SANARA GOMES DA SILVA CPF: 987.879.774-00
Profissão: COMBIANTE Endereço: RUA GILSON FILHO Número: 22 Complemento: _____
Bairro: SAN MARTIN Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 50.760-735
E-mail: _____ Tel. (DDD): (85) 9.8488.7531

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0325 5 CONTA: 56422 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: RECIFE, 13 DE DEZEMBRO DE 2018
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A SEU ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Produtor (se houver)

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

FPS.001 V001/2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E2141000047**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/01/2018** às **18:22**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/11/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SAN MARTIN (BAIRRO), 1, RUA COMENDADOR FRANCO FERREIRA - Bairro: SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE PAULO DA SILVA (OUTRO)
SANDRA GOMES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

SANDRA GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DA PAZ GOMES SILVA
Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **20/12/1971** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA NOVO JARDIM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE SAN MARTIN (BAIRRO), 22 - CEP: 55000-000 - Bairro: SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JOSE PAULO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: HELENA MARIA DA SILVA Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **19/7/1956** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA NOVO JARDIM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE SAN MARTIN (BAIRRO), 22 - CEP: 55000-000 - Bairro: SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

SHINERAY (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE PAULO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SANDRA GOMES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/SHINERAY/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDN5761** (PERNAMBUCO/RECIFE)

Complemento / Observação



10/01/2019 16:37



COMPARECERAM A ESTA DELEGACIA O SENHOR JOSE PAULO, BEM COMO A SENHORA SANDRA GOMES, OS QUAIS RELATAM QUE SEGUIAM EM UMA SHINERAY NA RUA DO FATO, SENDO O SENHOR JOSE PAULO O CONDUTOR, QUANDO UMA PESSOA DESCONHECIDA, DIRIGINDO UM VEICULO VERMELHO, PLACA, MARCA E MODELO NÃO IDENTIFICADOS, SABENDO APENAS QUE ERA DE COR VERMELHA., SEGUIA NO SENTIDO CONTRÁRIO, QUANDO INVADIU A FAIXA ONDE TRAFEGAVA O SENHOR JOSE PAULO, ADENTRANDO NA CONTRA MÃO. PARA EVITAR A COLISÃO, O SENHOR JOSE PAULO AFIRMA QUE TEVE QUE FAZER UMA MANOBRA, QUE TEVE COMO CONSEQUENCIA A QUEDA DA SENHORA SANDRA GOMES, QUE SOFREU DIVERSAS LESÕES, TENDO SIDO SOCORRIDA PELO SAMU. O MOTORISTA INFRATOR SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO.

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

Sandra G. da Silva
SANDRA GOMES DA SILVA
(VITIMA)

JOSE PAULO DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: *Hilton Prado Torres* Matricula: 273703-5
MAT: 379495-9



10/01/2019 16:37



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 987.879.774-00 Nome completo da vítima: SANARA GOMES DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADAISTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: SANARA GOMES DA SILVA CPF: 987.879.774-00
Profissão: COMBIANTE Endereço: RUA GILSON FILHO Número: 22 Complemento: _____
Bairro: SAN MARTIN Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 50.760-735
E-mail: _____ Tel. (DDD): (85) 9.8488.7531

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRASIL
AGÊNCIA: 0325 5 CONTA: 56422 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nasçituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: RECIFE, 13 DE DEZEMBRO DE 2018
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A SEU ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Produtor (se houver)

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

FPS.001 V001/2018



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 135.01.2018
EM 29.01.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **ALCIONE GOMES DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **5633938** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **028.466.664-58**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-403668**, que no dia 10 de novembro de 2017, por volta das 20h11, a paciente Sra. **SANDRA GOMES DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **4914648** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **987.879.774-00**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima envolvida em acidente de trânsito com moto, na Rua Comendador Franco Ferreira, em frente ao Regimento Dias Cardoso, San Martins, Recife/PE e, sendo socorrida para a UPA Caxangá Recife, 29 de janeiro de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife

Sergio Parente Costa

Dr. Sérgio Parente Costa

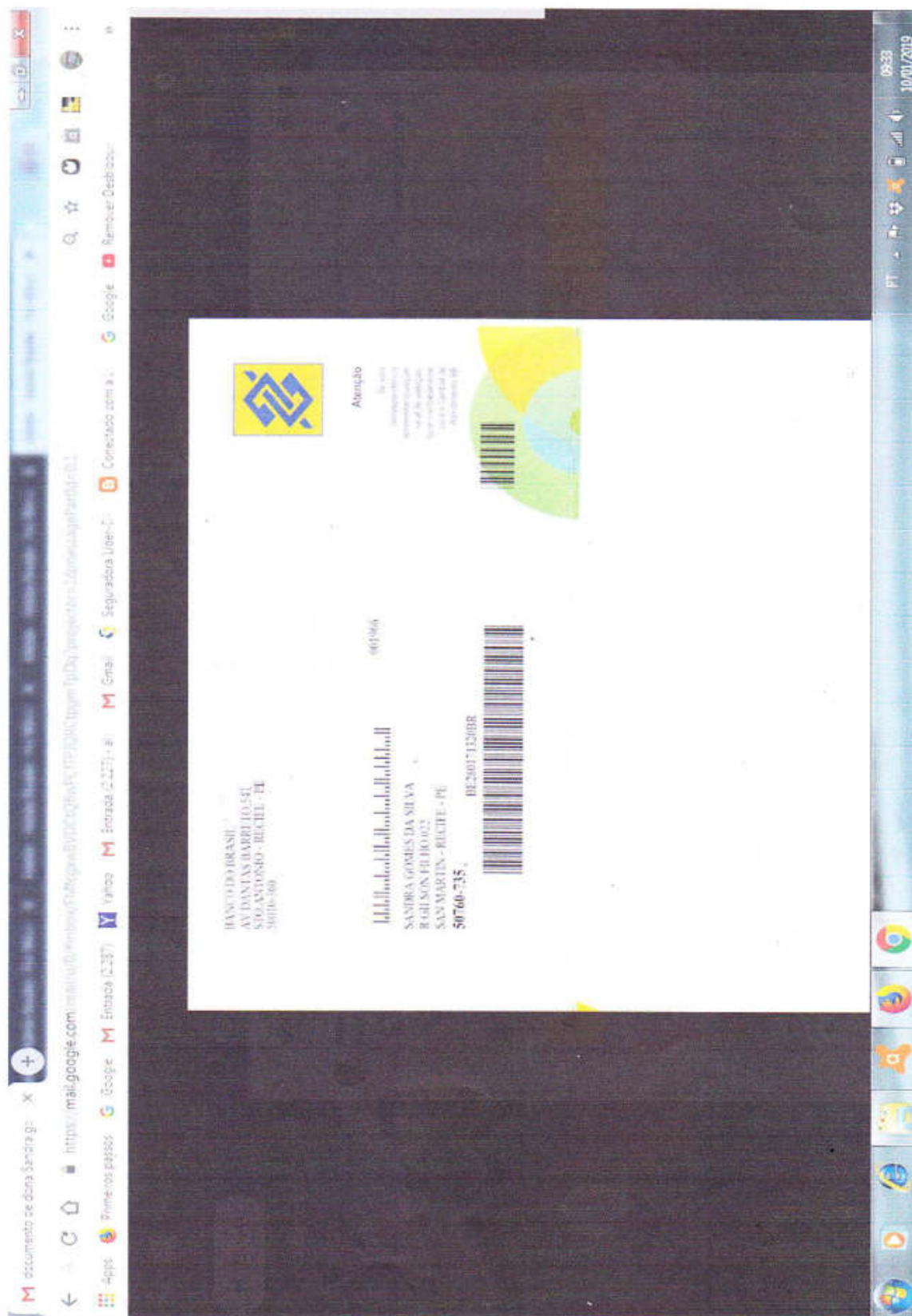
Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife



Scanned by CamScanner





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

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



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

OZIEL MARIANO DA SILVA

CPF: 388.900.204-82

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV. PROF. AGAMENON MAGALHÃES 473

VILA POPULAR/OLINDA
53230-010 OLINDA 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

DATA DE VENCIMENTO

26/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

17,78

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

20/10/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

20/10/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

036181417

CONTA CONTRATO

000676751025

Nº DO CLIENTE

2090326831

Nº DA INSTALAÇÃO

0002132738

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

7A02.0FFE.0906.0B4B.4880.CA9B.8A20.6744

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,54114981	16,23
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,55
TOTAL DA FATURA			17,78

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Receb	Valor	Vencido	Dt Receb	Valor
26/09/18	20/10/18	18,18	27/07/18	21/08/18	18,08
28/08/18	19/09/18	18,85	27/06/18	20/07/18	18,53

É ato comunicado NÃO constitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,52186000	OUT 18	30
		SET 18	30
		AGO 18	30
		JUL 18	30
		JUN 18	30
		MAY 18	30
		ABR 18	30
		MAR 18	30
		FEV 18	30
		JAN 18	30
		DEZ 17	38
		NOV 17	42
		OUT 17	36

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

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	17,78	0,64	0,11	17,78
					2,98
					0,52

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TÍPO DA FLUXO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
008000003140764743	CAT	19/09/2018 2.249,00	20/10/2018 2.268,00	31	1,00000	0,00	9,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/11/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS ANUAL
ago-2018					
DIC-No.de horas sem Energia	SAO BENEDITO	0,00	4,99	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,17	9,58	12,70
DWIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 8,26					
Toda Consumidor pode solicitar a operação dos indicadores DIC, FIC, DWIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! bk variedades: rua rio grande do sul jardim brasil / elifosat: av joaquim nabuco 339 7Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res14/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000676751025	10/2018	17,78	26/10/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838700000001 177800110000 676751025109 131445802232



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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ALLIONE GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.466.664 / 58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SANDRA GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 987.879.774 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima SANDRA GOMES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 987.879.774 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSA-ME Renda: RECUSA-ME e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AV. AROF. ALAMÉNOM MABALHÃES</u>		Número <u>473</u>	Complemento
Bairro <u>VILA POPULAR</u>	Cidade <u>OLINDA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53.230-010</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9.8488-7131</u>	Telefone celular (DDD)

OLINDA, 11 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

ALLIONE GOMES DA SILVA
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE PAULO DA SILVA,
RG nº 1.600.492 data de expedição 22/07/2015
Órgão DDF/PE, portador do CPF nº 255.095.864-00
domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DAS NOVAS, BAIRRO: SAN MARTIN, nº 22,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima SANDRA LOMES DA SILVA, cujo o condutor era
JOSE RAULO DA SILVA.

Veículo: MOTO
Modelo: SHINERAY
Ano: 2012
Placa: PDN5761
Chassi: LXVXCBL0X70519591
Data do Acidente: 10/11/2017
Local e Data: RECIFE, 11 DE DEZEMBRO DE 2018



JOSE PAULO DA SILVA
Assinatura do Declarante

JOSE PAULO DA SILVA
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 1º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registro Civil das Pessoas Naturais Casamento e Testes - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3428-1387
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
JOSE PAULO DA SILVA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Recife, 5 de janeiro de 2018 15:15:55.
Em testemunho da Verdade.
Edilson Silva Braga (Escrivente Autorizado)
Emol.: R\$ 3,39 TNSR: R\$ 1,40 total: R\$ 4,79
Selo: 0077503.KFPI2201701.04827

