



Número: **0090071-50.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SEVERINO PEREIRA DE MEIRA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56987 314	27/01/2020 15:01	<u>2687407_CONTESTACAO_01</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00900715020198172001

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 **SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**, 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 **07/02/2019**, restando permanentemente inválida.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

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.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:00:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715005962600000056057632>
Número do documento: 20012715005962600000056057632

Num. 56987314 - Pág. 1

DO DESINTERESSE NA REALIAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

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 exerceeria 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.

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 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, CPC¹.

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.

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. 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.

¹“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)



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 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 geral².

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 vítima³.

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.

²RECURSO 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.

³Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

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 citação⁴.

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 ação⁵

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 Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários 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.

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵art. 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 expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELA 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:00:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715005962600000056057632>
Número do documento: 20012715005962600000056057632

Num. 56987314 - Pág. 6

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.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:00:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715005962600000056057632>
Número do documento: 20012715005962600000056057632

Num. 56987314 - Pág. 7

TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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 nº 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 **SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00900715020198172001.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:00:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715005962600000056057632>
Número do documento: 20012715005962600000056057632

Num. 56987314 - Pág. 9



Número: **0090071-50.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SEVERINO PEREIRA DE MEIRA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56987 315	27/01/2020 15:01	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
446.390.894-87 Severino Sereira de Meira			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Severino Sereira de Meira		CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Brasileiro	R. Maf. Miguel Síos	501	
Endereço:	Cidade:	Estado:	CEP:
Av. 4 de Setembro	Condeúba	SE	55028-070
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO 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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: (005) <input type="checkbox"/> CONTA: (0000874) 6	(Informar o dígito se existir) <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir) <input type="checkbox"/>
(Informar o dígito se existir) <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir) <input type="checkbox"/>	

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 das custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

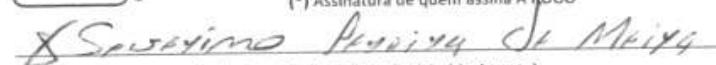
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: (Condeúba 27.03.19)
Nome:	CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ


 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

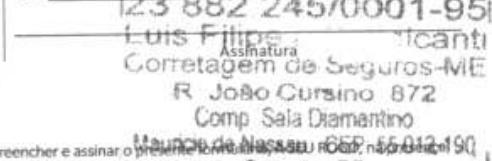
1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____


 Luis Filipe Corretagem de Seguros-ME
 R. João Cursino, 872
 Comp. Sala Diamantino
 Maceió - Alagoas - CEP: 57012-190

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o preenchimento de seu ROL, nomeando 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.





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR. CANECA - NUM. - 08152 - MAURICIO DE NASS
AU. CARUARU PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA	6465773	Set/2019
JOSEFA JULIA DA SILVA				
R. MAJ MIGUEL FRIAS, N. 00201	- SANTA ROSA CARUARU PE 55028-070			
INSCRIÇÃO: 041.561.795.0014.000	GRUPO: 16 DEB. AUTOMATICO:	006465773		
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FÁCTIVEL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS: COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO Y088969586	DATA LEIT. ANTERIOR 12/09/2019	DATA LEIT. ATUAL 10/10/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD	

ÁGUA:

LEIT. ANT: 669 CONSUMO: 3
LEIT. ATU: TAXA MÍNIMA
LEIT. FAT: 679

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

08/2019	03	TURBIDEZ	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG. M3	PORT. 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEH A LEGIS
07/2019	03	169	169		117	
06/2019	03	169	169		81	
05/2019	03	169	169		169	
04/2019	03	169	169		0	
03/2019	04	169	169		8	

MÉDIA: 03

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBJS.: (1) COFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AQUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	3 M3	44,08

TRIMUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÔSTO
PR	44,08	1,65	0,73
CONIB	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 25/10/2019 TOTAL A PAGAR: 44,08

MENSAGEM:



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:00:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715005980300000056057633>
Número do documento: 20012715005980300000056057633

Num. 56987315 - Pág. 3



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Eu, Severino Pereira de Melo,
RG nº 36.107.32, data de expedição 06.02.97,
Órgão SSP-PE, CPF nº 446.390.824-87.

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Major Miguel Frias</u>
Número	<u>201</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Zona Rosa</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55.028-090</u>
Tel. de contato	<u>81.99153 8465 - 99205 8640</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Recife 31.10.2019.

Assinatura do Declarante





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



4. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Name: SEVERINO PEREIRA DE MEIRAS

Nome: SEVERINO PEREIRA DE MEIR

Data Nasc.: 01/01/1967 Idade: 50
CPF: 123.456.789-00 RG: 123456789

CPF:

Endereço: INGNORA

Bairro: INGNORADO

CEP: 55019217 Fon

Nome da Mãe:

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: A

Clinica: CIRURGIA GERAL

ATENDIMENTO

Data: 07/02/2019 11:51

Médico MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Principal / HDA: Primer trabajo en estadística ^{HDA}
moto. comunica en dato.
Alta curva normal, el color

Nome Fisico:

PA: EC: EB:

Blue v. \oplus in striatus
from major to minor.
Dec 26: 15

Diag. Provisório:

rio: ~~E: Erosion and sea floor, banks and
upwelling (E)~~

has ① rx on first two x rays
② Pattern of BIF Rx in water

Prescrição:

1000

0410	1513	123	882	245/0001-9
Mundo	Colletagem	Luis	Filipe	Caixa
de Nassau	de Seguros-			
Guilherme	Curitiba			
PE	872			

21/9-
10h ~~at Campinho~~
+ Esq da foran, base e cimbra
+ a fusos
10h 11h as CG
① Perna da B.M.F.
② Perna da ortopédia
do m. PTE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:00:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715005980300000056057633>
Número do documento: 20012715005980300000056057633

Núm. 56987315 - Pág. 5

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA



3. Evolução / Exames

BUVO - Morador. Faz 17

*Poucos dias de evolução a
meio, fizeram 15 ferido local com
uma ferida ligada sobre a ferida*

SAURO

160: Traumatismo facial

Contexto: Sauro + Cun Livo. +

*PROF. Ant. Letenio (PROF. 22
SAURO)*

Atto B.MF

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Dr. Edmário Gomes Paciente Familiar
Cirurgião e Traumatologista
Bucal-Maxilo-Facial

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse ~~nesto~~ ^{meu} hospital, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: HO: Ruyton da Cunha RG: _____

Endereço: CD: 11001-120 Tiba 8 Tel.: _____

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Nome: _____

RG: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diagn. Definitivo:

Contum

Cunha

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido

Transferência: _____ Internamento _____

Condição de Alta

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

07/02/2019 11:52:14

2 de 2

123 882 245/0001-951
Luis Filipe Cunha
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cunha, 872
Comp. Sela Diamantino
Mauro de Nassau CEP: 55.012-190
Caruaru PE

Usuario do Atendimento
ROBERTAKBS

Dr. Edmário Gomes
Cirurgião e Traumatologista
Bucal-Maxilo-Facial
CRM: 16117





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste DR. WALDEMIRO FERREIRA

HRA

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente , **Severino Pereira de Meira** , com **Registro Hospitalar:333377**, esteve interno nesta Unidade de saúde no dia , **07/02/2019 a 07/02/2019**

OBS: vitima de Acidente de Trânsito.

Caruaru,13 de março 2019

109.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:00:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715005980300000056057633>
Número do documento: 20012715005980300000056057633

Num. 56987315 - Pág. 7

Nome do paciente: Severino Pereira de Meira
Médico solicitante: Dr. Valth Guimarães
Motivo do exame: Lesão do plexo braquial
Data: 25/02/19

Comentários e conclusão:

ENMG dos membros superiores:

1. Os potenciais de nervo sensitivo dos Radiais superficiais e Medianos têm amplitudes e velocidades de condução normais.
2. Os potenciais de ação muscular dos nervos Ulnares e Axilares têm amplitudes, latências motoras distais e velocidades de condução normais, exceto o Axilar direito que tem amplitude reduzida.
3. A EMG com agulha foi realizada nos músculos Paraverterais cervicais, Serrátil anterior, Infraespinhal, Deltóide, Biceps, Tríceps, Pronador redondo, Extensor comum dos dedos, Extensor próprio do indicador, Flexor longo do polegar, Oponente do polegar, Flexor profundo para o 4º e 5º dedos e 1º interósseo dorsal da mão. Observamos poucas fibrilações e ondas agudas positivas e um padrão de recrutamento acentuadamente reduzido nos músculos pertencentes aos miótomas C5 e C6 (exceto os Paraverterais cervicais e o Serrátil anterior) à direita.

Esta ENMG é consistente com uma plexopatia braquial acometendo o tronco superior à direita, de provável etiologia desmielinizante (neuropatia?).

Sugerimos a realização de uma nova ENMG após 4 meses.

Dr. Pedro Revorêdo
CRM/PE: 18383

Membro titular da Sociedade Brasileira
de Neurofisiologia Clínica

123 882 246 0701-95
Luis Filipe - Belo Horizonte
Corretagem de Seguros MG
R. João Cursino, 872
Maurício de Nassau, CEP 55012-190
Caruaru PE



NEUROFISIOLOGIA CLINICA
ELETRONEUROMIOGRAFIA E POTENCIAIS EVOCADOS

Paciente: **Severino Pereira de Meira, -**
 Exam date: **segunda-feira, 18 de fevereiro de 2019**

ESTUDO DE CONDUÇÃO MOTORA

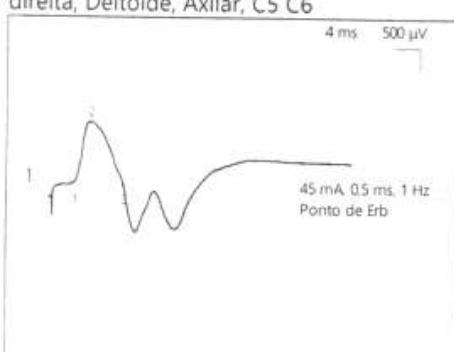
Teste	Pto. estim.	Lat., ms	Ampl., mV	Dur., ms	Área, mV×ms	Estim., mA	Dist., mm	Vel., m/s
direita, Deltóide, Axilar, C5 C6								
7	Ponto de Erb	4,2	1,2	8,2	5,4	45	170	
esquerda, Deltóide, Axilar, C5 C6								
8	Ponto de Erb	3,9	4,9	11,3	41,1	60	170	
direita, Ulnar ADM								
2	punho	2,0	8,8	5,4	24,2	22	80	
	cotovelo	5,9	7,7	5,76	23,9	32	210	54,1
	terço inferior do braço	7,8	7,6	5,88	23,8	40	130	70,7
esquerda, Ulnar ADM								
5	punho	2,4	6,1	5,76	20,1	21	80	

ESTUDO DE CONDUÇÃO SENSITIVA

Teste	Ptos. de estim. (captação)	Lat., ms	Ampl., μ V	Dur., ms	Área, μ V×ms	Estim., mA	Dist., mm	Vel., m/s
direita, Ramo superficial do n. radial, C5 C6								
3	1	1,8	15,5	2,4	13,1	47	130	70,7
esquerda, Ramo superficial do n. radial, C5 C6								
6	1	2,4	15,7	2,1	16,1	22	150	63,6
direita, n. Mediano								
1	punho	2,2	18,2	2,1	14,5	23	140	64,5
esquerda, n. Mediano								
4	punho	2,3	25,5	3,1	19,4	19	150	64,7

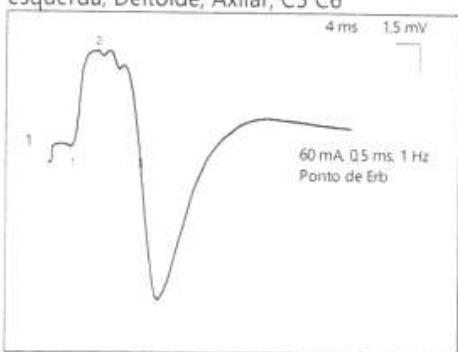
VC motora

direita, Deltóide, Axilar, C5 C6



VC motora

esquerda, Deltóide, Axilar, C5 C6



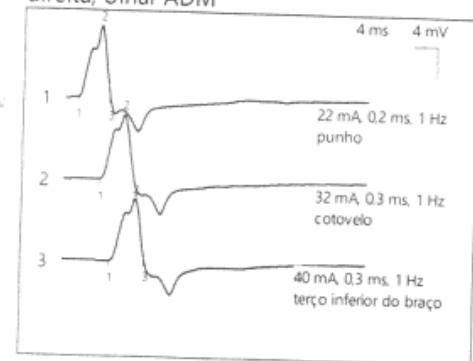
Severino Pereira de Meira 18/02/2019

123 882 245/0001-95
 Luis Filipe e Cavalcanti
 Corretagem de Seguros-ME
 R. João Cursino, 872
 Comp. Sala Diamantino
 Mauro de Nassau CEP 55.012-190
 Caruaru PE

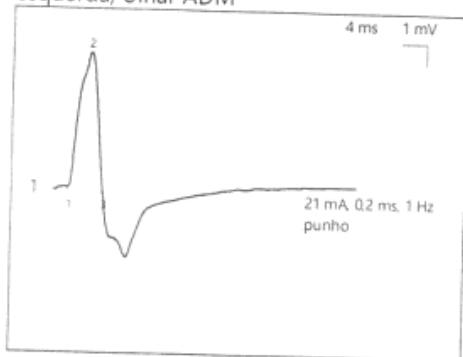


VC motora

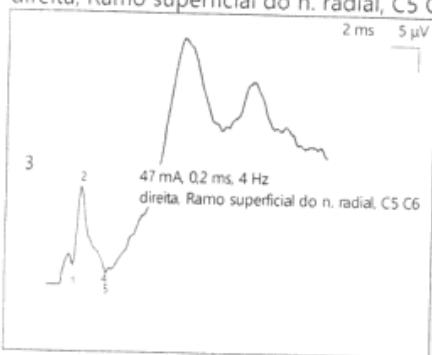
direita, Ulnar ADM

**VC motora**

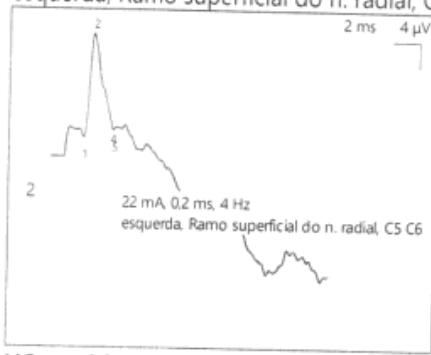
esquerda, Ulnar ADM

**VC sensitiva**

direita, Ramo superficial do n. radial, C5 C6

**VC sensitiva**

esquerda, Ramo superficial do n. radial, C5 C6

**VC sensitiva**

Antodrómico

direita, n. Mediano

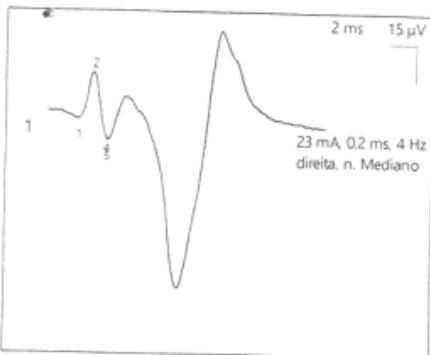
Severino Pereira de Meira 18/02/2019

2



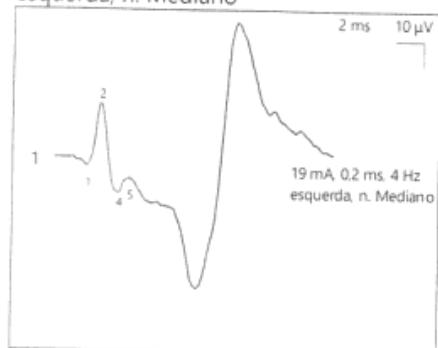
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:00:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715005980300000056057633>
 Número do documento: 20012715005980300000056057633

Num. 56987315 - Pág. 10



VC sensitiva

Antodrômico
esquerda, n. Mediano



Interferência

1: EMG com agulha

Interferência

1: EMG com agulha

Electromyography

23 862 246-1140 1-95
Luis Felipe - Alcantara
Corretagem de Seguros - MIE
R. Jose Cursino, 872
Comp. Sales Diamond
Municipio de Nossa Senhora do Rosario - 012.190
Ceara - 02

Severino Pereira de Meira 18/02/2019

3



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:00:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715005980300000056057633>
Número do documento: 20012715005980300000056057633

Num. 56987315 - Pág. 11

Caruaru, 30 de junho de 2019

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o(a) paciente
Suzanna Peixoto de Moraes, esteve em tratamento
fisioterapêutico, neste dia 19/02/19 das 14h às 16h, na Clínica
Escola de Fisioterapia desta Instituição.


Cláudia Lopes
Fisioterapeuta
CRF/PE 159516-7


Cláudia Lopes
Fisioterapeuta

123 882-01-101-951
Luis Filho
Comitê de C. de Vassouras-MG
R. João Gurgel, 872
Comp. São Domingos
Maurício de Nassau CEP 55012-190
Caruaru PE





Dr. Valth Guimarães

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA / MEDICINA ESPORTIVA / CIRURGIA DO JOELHO

Atestado Médico

ATESTO para os devidos fins o Sr.(a) SEVERINA PEREIRA DE MEINA necessita de 180 (cento e oitenta) — dias de licença, por motivo de doença a partir de _____
CID 514.3

Dr. Valth Menezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 16.551 / TEOT 15.090

27 de 02 de 19

23 832 245 00 101-851
Luis Filipe Icanti
Cometagem de Seguros-PE
R. João Cezarino, 872
Com. Saia-Demestre
Mauricio de Nassau, CEP 50.012-150
Caruaru - PE

UNIMAGEM CARUARU
AVENIDA RODRIGUES DE ABREU, 511 -
MAURÍCIO DE NASSAU, CARUARU - PE
(81) 3041-8304

CLÍNICA DE TRAUMA DE ORTOPEDIA - CTO
RUA DR. CHATEAUBRIAND, 206 - SÃO JOSÉ,
CAMPINA GRANDE - PB
(83) 3341-2566

IP - INSTITUTO PERNAMBUCO
AV. AGAMENON MAGALHÃES, 961 -
MAURÍCIO DE NASSAU, CARUARU - PE
(81) 3041-8304





23 652 245/0007-05
Luis Filipe / 2003/0007-05
Av. 23 de Maio, 1000
Casa 1000, Centro
Cidade: CARUARU
UF: PE
CEP: 56.012-190



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:00:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715005980300000056057633>
Número do documento: 20012715005980300000056057633

Num. 56987315 - Pág. 14

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
3M7XK-TP N.º 12.000
1 470958552 RMFRC. 2019

DETAN
BENATRAN

SEVERINO PEREIRA DE MEIRA
NOME

CARUARU-PE
0

SAC DPVAT 0800 022 1204

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

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS
AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE N.º 014485607018
BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEVERINO PEREIRA DE MEIRA

CARUARU-PE

0

446-390-024-87 PLACA
PGE3719

9C2KC1650CR305151 N.º CHASSI

PAS / MOTOCICLETA / MOTO-TAXI ALCO/GÁSOL COMBUSTÍVEL

HONDA / CG 150 TITAN ESD MARCA / MODELO

2012 ANO FAB. / ANO MOD.

2012 CÓD. PREDOMINANTE

VERMELHA CATEGORIA

ALUGUEL

1º VEN. / COTAS

2º VEN. / COTAS

3º VEN. / COTAS

IPVA 2019 QUITADO

FAKA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

PRÉMIO DIAFRÂM (R\$)

0.11 IDF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

0.32 IDF (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

14/01/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

CARUARU-PE
04/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CHPJ 08-248-0080001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
SEVERINO PEREIRA DE MEIRA
Roberto Carlos Moreira Fontelles

123 662 5021-951
Luis Filipe Icanti
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Maunido de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE

05 SET 2019



Dr. Valth Guimarães

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA / MEDICINA DO ESPORTE / CIRURGIA DO JOELHO

SEUENINO PENEIRA DE MELOA

Wx

MUNOZ MEDICO

Praticante vítima de acidente de moto no dia 07.02.19, evoluíu com paralisia difusa MSD, força diminuída globalmente (grau III) e AAM cefálico, e força aparente muco -

ENUG - Evidencia plexopatia braquial acometendo tronco superior à Δ (AXONOMIOTMSE) DORUGA incapacitante, e inverosimil, inutilidade permanente e total

Dr. Valth Menezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE: 16.551 / TEOT 15.090

CIR. 514.3

02/09/19

IP - INSTITUTO PERNAMBUCO
Av. Agamenon Magalhães, 961
Maurício de Nassau
(81) 3041-8304 / 9.9884-3136

UNIMAGEM
Av. Rodrigues de Abreu, 511
Maurício de Nassau
(81) 3041-8304 / 3722-8850
(81) 9.9884-3136

CLINN
R. Ananias Carlos da Rocha, 31
Bairro Novo
(81) 3731-3405

Hospital Santa Rosa
R. José Américo Miranda, s/n
Santa Rosa
(81) 3662-2861



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:00:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715005980300000056057633>
Número do documento: 20012715005980300000056057633

Num. 56987315 - Pág. 16



Dr. Valth Guimarães

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA / MEDICINA ESPORTIVA / CIRURGIA DO JOELHO

Fluminino Menezes da Freitas

W

Muro Móvel

Paciente com lesão de plexo

braquial (D) com 7 meses de evolução, sequela definitiva, alta ortopédica.

Dr. Valth Menezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE: 16.551 / TEOT 15.090

Cirurgia do Joelho

IP - INSTITUTO PERNAMBUCO
Av. Agamenon Magalhães, 561
Maurício de Nassau
(81) 3041-8304 ☎ 9.9884-3136

UNIMAGEM
Av. Rodrigues de Abreu, 511
Maurício de Nassau
(81) 3041-8304 / 3722-8850
(81) 9.9884-3136 ☎

CLINICAS CLINICAS
R. Ananias Carlos da Rocha, 31
Bairro Novo
(81) 3731-3405

04/09/19

Hospital Santa Rosa
R. José Américo Miranda, s/n
Santa Rosa
(81) 3662-2861



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:00:59
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715005980300000056057633>
Número do documento: 20012715005980300000056057633

Num. 56987315 - Pág. 17



Dr. Valth Guimarães

TRATAMENTO / CONSULTA / CONSULTA DE ESPECIALISTAS / CONSULTA DE ORTOPEDIA

SENUNDO PENEIRA DE MEIA

Wx

Primo MÉDICO

Paciente vítima de acidente de moto no

dia 07.02.19, evoluindo com paralisia difusa
MSD, força diminuída globalmente (grau III)
↓ ATRM rotulada, ↓ força apreciável menor

ENUNO: Evidência plexopatia braquial com
fundo fraco superior à D (AXONOTMSE)

DORUGA incapacitante e irreversível,
MOVIMENTO parcial e total

Dr. Valth Menezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE: 16.551 / TEOF 15.090

CIB: 514.3

IP - INSTITUTO PERNAMBUCO
Av. Agamenon Magalhães, 961
Maurício de Nassau
(81) 3041-8304 9.9884-3136

Cirurgia do Joelho
UNIMAGEM
Av. Rodrigues de Abreu, 511
Maurício de Nassau
(81) 3041-8304 / 3722-8850
(81) 9.9884-3136

CLINICAS
R. Ananias Carlos da Rocha, 31
Bairro Novo
(81) 3731-3405

02/09/19
Hospital Santa Rosa
R. José Américo Miranda, s/n
Santa Rosa
(81) 3662-2861



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:00:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715005980300000056057633>
Número do documento: 20012715005980300000056057633

Num. 56987315 - Pág. 18

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190517004 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO PEREIRA DE MEIRA **Data do acidente:** 07/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL A DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA TROFISMO MUSCULAR NORMAL EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM MOBILIDADE PRESERVADA

Resultados terapêuticos: REABILITAÇÃO FUNCIONAL SATISFATORIA, COM MIOTOMOS PRESERVADOS

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 11/11/2019

Conduta mantida:

Observações: OBS: O LAUDO MÉDICO INFORMA A AXONOTMESE E O LAUDO DO EXAME ELETRONEUROMIÓGRAFICO INFORMA PLEXOPATIA DESMIELINIZANTE POR NEUROPRAXIA. SEM SEQUELAS ANATOMICAS OU FUNCIONAIS

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190517004 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO PEREIRA DE MEIRA **Data do acidente:** 07/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO OMBRO DIREITO COM LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL (PAG.01.02.04)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.(PAG.04)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PAG.04

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190517004 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO PEREIRA DE MEIRA **Data do acidente:** 07/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO OMBRO DIREITO COM LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL (PAG.01.02.04)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.(PAG.04)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PAG.04

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190517004 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO PEREIRA DE MEIRA **Data do acidente:** 07/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL A DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA TROFISMO MUSCULAR NORMAL EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM MOBILIDADE PRESERVADA

Resultados terapêuticos: REABILITAÇÃO FUNCIONAL SATISFATORIA, COM MIOTOMOS PRESERVADOS

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 11/11/2019

Conduta mantida:

Observações: OBS: O LAUDO MÉDICO INFORMA A AXONOTMESE E O LAUDO DO EXAME ELETRONEUROMIOGRÁFICO INFORMA PLEXOPATIA DESMIELINIZANTE POR NEUROPRAXIA. SEM SEQUELAS ANATOMICAS OU FUNCIONAIS

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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190517004 **Vítima: SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**

Data do Acidente: 07/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SEVERINO PEREIRA DE MEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01573/01574 - carta_02 - INVALIDEZ



00010787

Carta nº 14770743



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:00:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715005980300000056057633>
Número do documento: 20012715005980300000056057633

Num. 56987315 - Pág. 23



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, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190517004 **Vítima: SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**

Data do Acidente: 07/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO PEREIRA DE MEIRA

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

Pag. 01885/01886 - carta_01 - INVALIDEZ



00310943

Carta nº 14920245



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:00:59
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715005980300000056057633>
Número do documento: 20012715005980300000056057633

Num. 56987315 - Pág. 24



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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190517004 Vítima: SEVERINO PEREIRA DE MEIRA

Data do Acidente: 07/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO PEREIRA DE MEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
--------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01541/01542 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 15038322



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:00:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715005980300000056057633>
Número do documento: 20012715005980300000056057633

Num. 56987315 - Pág. 25



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, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190517004 Vítima: SEVERINO PEREIRA DE MEIRA
Data do Acidente: 07/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SEVERINO PEREIRA DE MEIRA

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. 01927/01928 - carta_04 - INVALIDEZ



00050964

Carta nº 15104281



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/01/2020 15:00:59
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715005980300000056057633>
Número do documento: 20012715005980300000056057633

Num. 56987315 - Pág. 26

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		C.F.:	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL:
 RECUZO 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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0051 <input type="checkbox"/> CONTA: 00008746	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/>
(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 das custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Recife 27.03.19
Nome:	CPF:
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
Severino Sereira de Meira	

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura
23 882 245/0001-95
Luis Filipe **Assinatura**
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino, 872
Comp. Sala Diamantino
Maurício de Oliveira **Assinatura**
CEP: 55012-190
Curueru PE

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) O vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o preenchimento de seu ROL, nomeando 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.



**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

Número do Sinistro: 3190517004
Nome do(a) Examinado(a): Severino Pereira de Meira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Major Miguel de Frias, S/N
Centro Caruaru PE CEP: 55028-070
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 3610732
Data local do acidente: [07/02/2019]
Data local do exame: [11/11/2019] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL A DIREITA

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

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL COM IMOBILIZAÇÃO E SUPORTE CLÍNICO
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE
Data da Alta: 02/09/2019

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

APRESENTA TROFISMO MUSCULAR NORMAL EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM MOBILIDADE PRESERVADA

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

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

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

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 o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

OBS: o laudo médico informa a axonotmese e o laudo do exame eletroneuromiográfico informa plexopatia desmielinizante por neuropraxia.

Sem sequelas anatomicas ou funcionais

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Jackson José Florêncio Junior
CRM - PE 10.573
TEOT 13921





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ºCIRC DINTER1/14ºDESEC
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0180000273

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/02/2019** às **13:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **7/2/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, AVENIDA AGAMENON MAGALHÃES - P/ X AO LAÇABURGUER - Bairro: MAURÍCIO DE NASSAU - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

**JOSÉ FERNANDES DE LIMA (AUTOR) AGENTE
 RENE CONSTANTINO DA SILVA (TESTEMUNHA)
 SEVERINO PEREIRA DE MEIRA (VÍTIMA)**

23 882 241-001-95
 Luis Filipe ... Canto
 Corretagem de Seguros-ME
 R. João Cursino, 972
 Comp. Sala Diamantino
 Maurício de Nassau - CEP: 55.012-190
 Caruaru - PE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ FERNANDES DE LIMA
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**

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

JOSÉ FERNANDES DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA RAIMUNDA DE LIMA** Pai: **JAIME FERNANDES DE LIMA** Data de Nascimento: **8/1/1979** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 05, RUA FERNANDES JUSTO DA MOTA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

RENE CONSTANTINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **HELENA MARIA DA SILVA** Pai: **CICERO CONSTANTINO DA SILVA** Data de Nascimento: **23/7/1978** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / SÃO PAULO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 177, TRAVESSA DAS FLORES - CEP: 0 - Bairro: SALGADO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEVERINO PEREIRA DE MEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA PEREIRA DE IRASIL** /ASCONCELOS Pai: **JOÃO ALEXANDRE DE MEIRA** Data de Nascimento: **10/7/1966** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 700, INOCOOP - RUA ABADIAS BATISTA DA SILVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



CARRO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE FERNANDES DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FERNANDES DE LIMA**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/CORSA** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MEI9396** (PERNAMBUCO/RIACHO DAS ALMAS) Chassi: **9BGSA19908B149217**
 Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **ALCO/GASOL**
 Descrição: **CORSA CLASSIC**



MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGE3719** (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: **9C2KG1650CR305151**
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

CIENTIFICADO DAS PENAS PREVISTAS NOS ARTIGOS 299 (FALSIDADE IDEOLÓGICA), 339 (DENUNCIAGÃO CALUNIOSA) E 340 (COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME OU DE CONTRAVENÇÃO PENAL), TODOS DO CÓDIGO PENAL, O AUTOR DECLARA QUE NA DATA CITADA SE ENVOLVEU EM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO LOCAL CITADO, QUANDO EM DECORRÊNCIA DE UMA FALTA DE ATENÇÃO AVANÇOU O SINAL VERMELHO COMENDO COM A MOTO DA VITIMA, VITIMANDO O SENHOR SEVERINO PEREIRA DE MEIRA (QUE SOFRIU CORTES NA CABEÇA E FOI SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste). NO MOMENTO DO ATO DE ACORDO COM A TESTEMUNHA APESAR DO AUTOR TER SE DISTANCIADO UM POUCO DO LOCAL, POREM RETORNOU PRA PRESTAR ASSISTÊNCIA; ASSIM COMO VEDO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR O FATO, VALE SALIENTAR QUE O AUTOR É PRIMÁRIO E DE BONS ANTECEDENTES, E QUE SE COMPROMETEU A SE RESPONSABILIZAR PELAS DESPESAS QUE A VITIMA VENHA A TER EM DECORRÊNCIA DAS LESÕES SOFRIDAS, ASSIM COMO POSSIVEIS REPAROS NA MOTO DA VITIMA. VALE SALIENTAR QUE A VITIMA TRABALHAVA COMO MOTOTAXI. SEM NADA MAIS A DECLARAR E SE RESPONSABILIZANDO POR TODAS AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS, PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

José Fernandes de Lima
JOSÉ FERNANDES DE LIMA
 (AUTOR / AGENTE)
René Constantino da Silva
RENÉ CONSTANTINO DA SILVA
 (TESTEMUNHA)

23 882 24610001-951
 Luis Filipe
 Corretagem de Seguros-PE
 R. João Cursino, 872
 Coup. Sala Diamantina
 50 de Nassau - CEP: 56.012-190
 Caruaru - PE

B.O. registrado por: **FELIPE BORGES NOBRE DE VASCONCELOS** - Matrícula: **3880192**

