



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
56987314	27/01/2020 15:01	<a href="#">2687407_CONTESTACAO_01</a>	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.joaobarbosaadvass.com.br



### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO 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 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.

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, CPC<sup>1</sup>.

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

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

#### **DO 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. 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.

<sup>1</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



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 geral<sup>2</sup>.

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 vítima<sup>3</sup>.

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.

<sup>2</sup> RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO 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.

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



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

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

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>4</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>5</sup>

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

### **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, 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.

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

<sup>5</sup> art. 1º. (...)

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



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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 21 de janeiro de 2020.

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

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



### **QUESITOS DA RÉ**

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.





### **TABELA DE GRADAÇÃO**

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



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





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
56987315	27/01/2020 15:01	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 446.390.894-87 Nome completo da vítima: Severino Pereira de Meira

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

Nome completo: Severino Pereira de Meira CPF: 446.390.894-87  
Profissão: Motorista Endereço: Rua Miguel Srios Número: 261 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Paulista Cidade: Camouru Estado: PE CEP: 55.028-090  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**REDA 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 00090874  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ 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.

Local e Data: Camouru 24.03.19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Severino Pereira de Meira  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

23.882.245/0001-95  
Luis Felipe  
Assinatura  
Corretagem de Seguros-ME  
R. João Cursino 872  
Comp. Sala Diamantino  
H. João de Deus 190  
Camouru PE

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, sob pena de nulidade do ato, e 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.



DADOS DO CLIENTE  
JOSEFA JULIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA MALMIGUEL FRAS 20

CPF: 506.072.274-00 NIS: 16073588632

STA ROSA/CARLIARU  
CARLIARU PE  
65026-070

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUA

RP DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
072278219	UNICA	09/08/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
06/08/2019	2000067589	898851

CONTRATO Nº	RECIBO Nº
0157793020	08/2019
FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA PRESENTA PAGAR LA LEYENDA
13/08/2019	05/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	10,47

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	10,00000000	0,19124008	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	10,00000000	0,32798415	3,27
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,19
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,11
Multa por atraso NF 0684568781 - 05/07/19			0,18
Juros por atraso NF 0684568781 - 05/07/19			0,01
PRO-CRANIA (081)612.8886 0800 031 8889			0,96

TOTAL DA FATURA

10.47

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
20700		05-07-2019	9.599,00	06-08-2019	9.599,00	31	7.00000		-40,00

## HISTORICO DE CONSUMO

MONTH	NO.
AUG-18	40
JUL-18	41
JUN-18	36
MAY-18	50
APR-18	40
MAR-18	49
FEB-18	41
JAN-18	41
DEC-17	53
NOV-17	47
OCT-17	52
SEP-17	44
AUG-17	42

## INFORMAÇÕES DE TROVADA

	BASE DE CALCULO	%	VALOR IMPORTE
	2.20	0.74	
	2.30	3.42	

### COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Gerador de Energia	P\$	GWh	42,82%
Transmissão	P\$	0,46	0,11%
Distribuição (Custos)	P\$	2,76	6,62%
Perdas de Energia	P\$	0,66	0,42%
Energia Gerada	P\$	0,27	2,80%
Resíduos	P\$	0,37	0,88%
Total	k\$	9,38	100%

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

Copyright © 2005 by John Wiley & Sons, Inc.

图例: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840

01 932041

0394537

RECEIVED AND FORWARDED

BY: CA801 2130 E/04 CDC9 78BJ DUB1 4466

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Informe de la Comisión de Vigilancia de la Banca y Seguros de la Nación





CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NUM. - 00152 - MAURICIO DE NASS  
AL CARUARU PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE  
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. AUTOMÁTICO: 006465773

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVEL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
		RESIDENCIAL	COMERCIAL INDUSTRIAL	PUBLICA
		1		
HIDRÔMETRO Y08B969586	DATA LEIT. ANTERIOR 12/09/2019	DATA LEIT. ATUAL 10/10/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD	

AGUA:  
LEIT ANT: 669 CONSUMO: 3  
LEIT ATU: TAXA MINIMA  
LEIT FAT: 679

#### HISTÓRICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	169	169	117
COR APARENTE	169	169	81
CLORO RESIDUAL	169	169	169
COLIF. TOTAIS	169	169	0
E. COLI	169	169	8

MEDIA: 03 Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

OB.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA AGUA  
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

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

Tributos	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PS	44,08	1,65	0,73
COTRIB	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 25/10/2019

TOTAL A PAGAR: 44,08

MESSAGE:



**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

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

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Severino Pereira de Moura,

RG nº 36 10732, data de expedição 04.02.97,

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

seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Major Miguel Fria</u>
Número	<u>201</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Zona Rosa</u>
Cidade	<u>Joinville</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: Joinville 31.10.2019.

Severino Pereira de Moura  
Assinatura do Declarante





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 482855 Prontuário: 333377  
Nome: SEVERINO PEREIRA DE MEIRA  
Data Nasc.: 01/01/1967 Idade: 52 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:  
CPF: RG: CNS: 70580940195934  
Endereço: INGNORADO N°: 0  
Bairro: INGNORADO Cidade: CARUARU Estado: PE  
CEP: 55019217 Fone: 37199400 Profissão: Epidemologia  
Nome da Mãe: INGNORADO Cante  
Acompanhante: Notificado  
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA  
Clínica: CIRURGIA GERAL

ATENDIMENTO

Data: 07/02/2019 11:51

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Ter uma dor no  
mto. com um ponto  
fria como punha, c/ calor

Exame Físico:

B: m v u e art. h. n.  
c/ m. n. p. o. t. h. n.  
D: ECG: 15

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

E: crânio ag. m. f. o. a. 1. p. o. n. o. r. a. r.

4. r. o. 1. r. x. a. u. f. i. a. x. i. l. h. o. a. e. l. u. n. e. f.  
2. P. a. u. e. n. d. e. B. M. F. R. x. a. u. a. t. e. s.

Prescrição:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
RAIO - X

DATA 07/02/19

Data

07/02/19	At. Curpa p. m. t.
13 882 245/0001-951	4. r. x. p. f. o. r. a. x. h. o. a. e. l. u. n. e. f.
Correção de Seguros ME	m. a. l. t. u. s. c. a. s.
R. João Curiano 872	1. r. o. 1. r. x. a. u. f. i. a. x. i. l. h. o. a. e. l. u. n. e. f.
Corpo São Thome	2. P. a. u. e. n. d. e. B. M. F.
CEP 54012-000	3. P. a. u. e. n. d. e. o. f. i. t. a. u. s.
1 de 1	(d. o. r. m. H. T. E. u. n. e. f.)

RAIO - X OMBO 2. a. p. l. r.

Dr. Edmário Gomes  
Cirurgião Traumatologista  
Bordado - Facial  
Ortopedia do Maxilares  
4491

Dr. Freddy Duarte  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - 16117





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA



3. Evolução / Exames

Buco - mandib. faciel  
Paciente vítima de acidente a  
moto, dia 15, ferido com  
a fratura de ligamento corôide lateral  
Dr. Morais  
H.O.: tomografia facial  
conduto: Suporte + curativo +  
PROF. Luiz Litanica (Kort 102)  
LAUSC  
Rto B.M.F.

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Dr. Edmarcio Gomes  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucco-Maxilo-Facial

( ) Paciente ( ) Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: H.O. Portun Aguiar RG: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CO: 1206-1122 TIRE 8

Assinatura

Autorização de Procedimento

( ) Paciente ( ) Familiar

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Procedimento: \_\_\_\_\_

Assinatura

Diag. Definitivo:

Portun Aguiar

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 Alcanti  
Corretagem de Seguros-ME  
R. João Cursino 872  
Comp. Sala Diamantino  
Maunio de Nassau CEP: 55.012-190  
Caruaru PE

Dr. Vadeley Duarte  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - 16117

Usuario do Atendimento  
ROBERTAKBS





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: vítima de Acidente de Trânsito.**

Caruaru,13 de março 2019

09.794.975/0269-27  
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)



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 Paravertebrais cervicais, Serrátil anterior, Infraespinhal, Deltóide, Bíceps, 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 miótomos C5 e C6 (exceto os Paravertebrais 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 (neuropraxia?).**

*Sugerimos a realização de uma nova ENMG após 4 meses.*

  
**Dr. Pedro Revorêdo**

**CRM/PE: 18383**

Membro titular da Sociedade Brasileira  
de Neurofisiologia Clínica

23 882 246.0001-95  
Luis Felipe - 011-3011-1001  
Corretagem de Seguros-ME  
R. João Cursino 872  
Comp. Sala Diamantino  
Maurício de Nassau CxP 55 012-190  
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

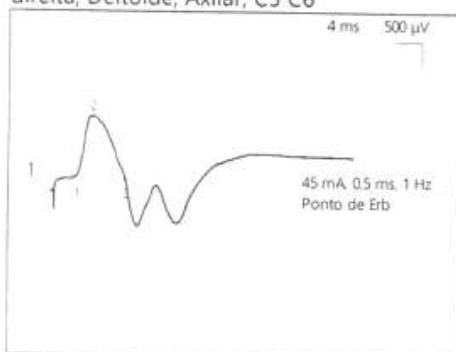
Teste	Pto. estim.	Lat., ms	Ampl., mV	Dur., ms	Área, mV×ms	Estim., mA	Dist., mm	Vel., m/s
<b>direita, Deltóide, Axilar, C5 C6</b>								
7	Ponto de Erb	4,2	1,2	8,2	5,4	45	170	
<b>esquerda, Deltóide, Axilar, C5 C6</b>								
8	Ponto de Erb	3,9	4,9	11,3	41,1	60	170	
<b>direita, Ulnar ADM</b>								
2	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
<b>esquerda, Ulnar ADM</b>								
5	punho	2,4	6,1	5,76	20,1	21	80	

### ESTUDO DE CONDUÇÃO SENSITIVA

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

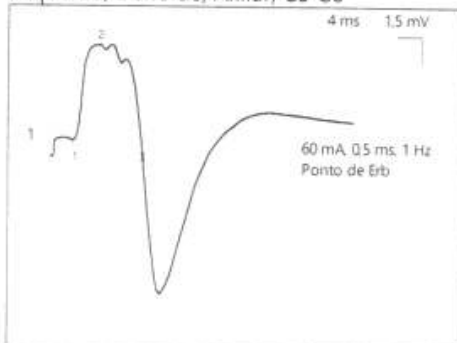
### VC motora

direita, Deltóide, Axilar, C5 C6



### VC motora

esquerda, Deltóide, Axilar, C5 C6



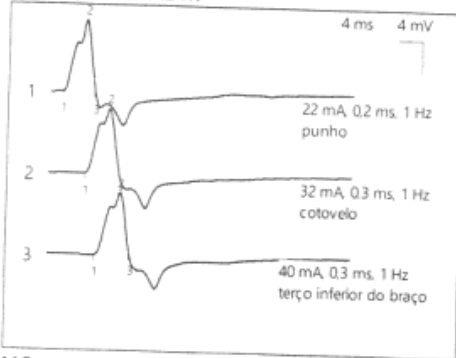
Severino Pereira de Meira 18/02/2019

123 882 245/0001-951  
 Luis Felipe de Cavalcanti  
 Corretagem de Seguros-ME  
 R. João Cursino, 872  
 Comp. Sala Diamantino  
 Maunão de Nassau - CEP 55.012-190  
 Caruaru - PE



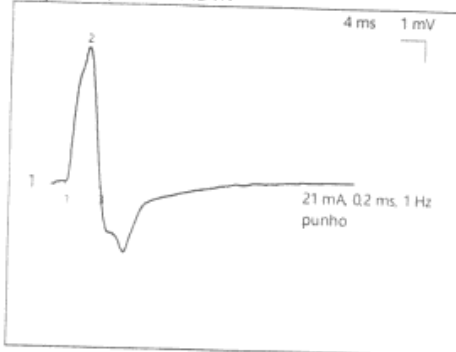
### VC motora

direita, Ulnar ADM



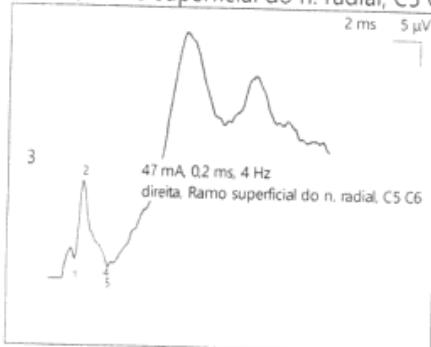
### VC motora

esquerda, Ulnar ADM



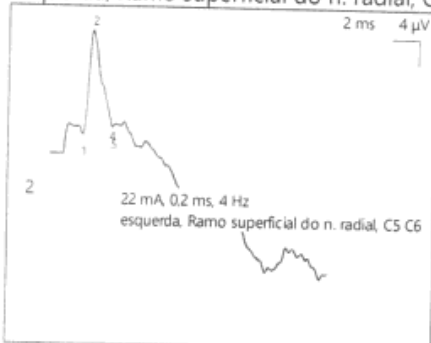
### VC sensitiva

direita, Ramo superficial do n. radial, C5 C6



### VC sensitiva

esquerda, Ramo superficial do n. radial, C5 C6



### VC sensitiva

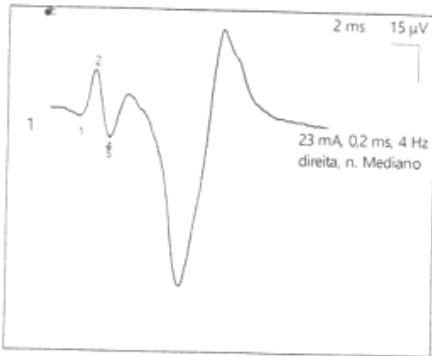
Antodrômico

direita, n. Mediano

22.032.245/0001-855  
Luis Filipe  
Unidade de Diagnóstico  
R. João Gurgel, 875  
Linha 3, Jd. Primavera  
12100-000 - Jd. Santa Helena  
Cidade - SP 05.012-130  
FONE (11) 5080-1000  
FAX (11) 5080-1001  
E-MAIL: fe@unidade.com.br

Severino Pereira de Meira 18/02/2019

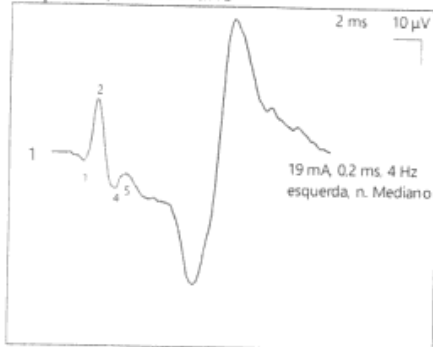




### VC sensitiva

Antodrômico

esquerda, n. Mediano



### Interferência

1: EMG com agulha

### Interferência

1: EMG com agulha

## Electromyography

23.882.246/0001-95  
Luis Filipe de Alcântara  
Corretagem de Seguros ME  
R. João Curioso, 872  
Camp. São Domingos  
Município de Nassau - CE, 012-190  
Cidade, CE

Severino Pereira de Meira 18/02/2019



Caruaru, 30 de janeiro de 2019

### DECLARAÇÃO

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

*Clarissa Lopes*

Clarissa Lopes  
Fisioterapeuta  
CREFITO 159516-7

Fisioterapeuta

123 882 71 111-951  
Luis Filho  
Corretagem de Imóveis - ME  
R. João Cursino, 672  
Comp. São Domingos  
Maunão de Nassau - CEP 55 012-190  
Caruaru - PE





**Dr. Valth Guimarães**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA / MEDICINA ESPORTIVA / CIRURGIA DO JOELHO


## Atestado Médico


ATESTO para os devidos fins o Sr.(a) SEVERINO PEREIRA DE  
PEREIRA necessita de  
180 (cento e oitenta) dias de licença, por motivo de doença a partir  
de \_\_\_\_\_  
CID S14.3


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

27 de 02 de 19

23 332 245 4401-951  
Luis Felipe Icaro  
Corretagem de Seguros S/A  
R. João Gurgino, 872  
Comp. São Domingos  
Maurício de Nassau - CEP: 55.012-150  
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

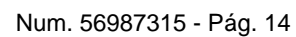




VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1224252572

1224252572  
PROIBIDO PLASTIFICAR

23.552.245/0001-95  
Luis Felipe  
Corretagem de Seguros Inf-  
R. João Gurgano, 876  
Cruz. São Cristóvão  
Município de Natal, CEP 55012-190  
Cariacica PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 014485607018  
SMTX-TP N 1204  
1 478958552  
SEVERINO PEREIRA DE MEIRA  
NOME  
CARUARU-PE  
0  
446.390.024-87  
PLACA ANT / UF  
PLACA  
PGE3719  
CHASSY  
9C2KFC1650CR305151  
ESPECIE TIPO  
COMBUSTIVEL  
ALCO/GASOL  
ANO FAB  
2012  
ANO MOD  
2012  
CATEGORIA  
VERMELHA  
COR PREDOMINANTE  
VENO / COTAS  
1 \*\*\*\*\*  
2 \*\*\*\*\*  
3 \*\*\*\*\*  
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
80.11  
IOF (R\$)  
0.32  
PRÊMIO TOTAL (R\$)  
84.58  
DATA DE PAGAMENTO  
14/01/19  
SEM RESERVA  
OBSERVAÇÕES

CONTRAN  
CARUARU-PE  
09/02/19  
Roberto Carlos Moreira Fontelles  
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 014485607018 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
SEVERINO PEREIRA DE MEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0600 022 1204

CARUARU-PE  
VIA  
446.390.024-87  
RENAVAM  
478958552  
ANO FAB  
2012  
CAT DER  
09  
9C2KFC1650CR305151  
HONDA/CG 150 TITAN ESD  
MARCA / MODELO  
PGE3719  
PLACA  
EXERCICIO  
2019  
DATA EMISSÃO  
04/02/19  
PRÊMIO TARIFÁRIO  
36.05  
DENATRAM (R\$)  
4.01  
CUSTO DO SEGURO (R\$)  
40.06  
CUSTO DO BILHETE (R\$)  
4.15  
IOF (R\$)  
0.32  
TOTAL EMISSÃO RESUMO R\$  
84.58  
DATA DE OUTRUGA  
14/01/19  
COTA ÚNICA  
PAGAMENTO  
PARCELADO  
SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.408/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE PORTO OBRIGATORIO.

23 682 5 01-951  
Luis Felipe Icanti  
Corretagem de Seguros-ME  
R João Cumino 872  
Comp Sala Diamantino  
Mauricio de Nazeau CEP 55.012-190  
Caruaru PE

03 SET 2019





Dr. Valth Guimarães

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA / MEDICINA ESPORTES / FISIOTERAPIA DO JOELHO

SEUENINO PENEIRA DE MEIA

Nx

laudo médico

Paciente vítima de acidente de moto no  
dia 07-02-19, evoluiu com paralisia difusa  
MSD, força diminuída globalmente (grau III)  
↓ ADM cotovelo, ↓ força aprehensão punho.

ENMG Evidencia plexopatia braquial acometendo  
feixes trauco superior à D (AXOMIOTOMESE).

DOENÇA incapacitante e irreversível,  
invalides permanente e total.

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

cid. S14.3

Cirurgia do Joelho

02/09/19

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

UNIMAGEX  
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





Dr. Valth Guimarães

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA / MEDICINA ESPORTIVA / CIRURGIA DO JOELHO

LEONARDO PEREIRA DE MOURA

12

laudo médico

paciente c/ lesão de plexo  
braquial ⑤ com 7 meses de  
evolução, sequela definitiva,  
alta ortopédica.

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

© CRIQUERO

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

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

© SAÚDE PIAUI DO CADIABARIBI

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

© PRONILDE

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

04/09/19





Dr. Valth Guimarães

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA / MEDICINA ESPORTIVA E CIÊNCIAS DO JOELHO

SEGUIMOS PENTEIRA DE MEIA

Nx

laudo médico

Paciente vítima de acidente de trânsito no  
dia 07.02.19, evoluiu com paralisia distal  
MSD, força diminuída globalmente (grau III)  
+ Atm rotatório, + força aprehensivos.  
ENMG Evidencia plexopatia braquial acom-  
tando tronco superior à D (AXONOTUMESCE).  
DOENÇA INCOMPENSANTE, E INVERSIVEL,  
INVALIDANTE PERMANENTE E TOTAL.

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

cid. 514.3

Cirurgia do Joelho

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

02/09/19



## 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

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

Rio de Janeiro, 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.

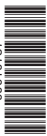
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01573/01574 - carta\_02 - INVALIDEZ

00010787



Carta nº 14770743





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 14920245





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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Comprovante de residência</b>	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

00080771



Carta nº 15038322





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

Rio de Janeiro, 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 sequelas definitivas, 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



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☒ OMS (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 Pereira de Meira

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel.(DDD):

E-mail:

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

00090874

AGÊNCIA:

CONTA:

(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) ☐ 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:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

23.882.245/0001-95  
Luis Felipe  
Assinatura  
Corretagem de Seguros-ME  
R João Cursino 872  
Comp. Sala Diamantina  
H. João de Deus 190  
Cenário PE

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, sob pena de nulidade do pedido. É 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. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**( X ) Sim ( ) Não**
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
**( ) Sim ( X ) 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*  
**( X ) "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<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):  | Região Corporal (Sequela):  |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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 13621





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0180000273

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

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

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

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

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

23 882 241 01-95  
Luis Felipe  
Corretagem de Seguros-ME  
R. João Cursino, 372  
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): **JOSE 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)**

**JOSE FERNANDES DE LIMA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **ITA RAIMUNDA DE LIMA** Pai: **JAIME FERNANDES DE LIMA** Data de Nascimento: **8/1/1979** Nacionalidade: **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** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / SAO 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 ABRONCELOS** Pai: **JOÃO ALEXANDRE DE MEIRA** Data de Nascimento: **10/7/1966** Nacionalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 700, INOCOPF - RUA ABADIAS BATISTA DA SILVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



\\C:\Users\Policia%20Civil\Infopol\xml\BOEP\Preview\html





**CARRO (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ FERNANDES DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FERNANDES DE LIMA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/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: **9C2K01650CR305151**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

CIENTIFICADO DAS PENAS PREVISTAS NOS ARTIGOS 299 (FALSIDADE IDEOLÓGICA), 339 (DENUNCIACÃO CALUNIOSA) E 340 (COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME OU DE CONTRAÇÃO 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 SOFREU 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 VEM A ESTA DELEGACIA REGISTRAR O FATO, VALE SALIENTAR QUE O AUTOR É PRIMARIO 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 POSSÍVEIS 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

*Jose Fernandes de Lima*

**JOSÉ FERNANDES DE LIMA**

(AUTOR / AGENTE)

*René Constantino da Silva*

**RENE CONSTANTINO DA SILVA**

(TESTEMUNHA)

123 882 245/0001-951  
 Luis Felipe - Alcantara  
 Corretagem de Seguros-ME  
 R. João Gursino 872  
 Comp. Sala Diamantina  
 10 de Novembro - CEP 55.012-190  
 Caruaru - PE

*Filipe Nobre*

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

