



Número: **0038293-41.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                    |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                           |                |
|-------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| WELLINGTON MIGUEL DA SILVA (AUTOR)        |                    | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)<br>sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO) |                |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)     |                    |                                                                                         |                |
| ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO) |                    |                                                                                         |                |
| Documentos                                |                    |                                                                                         |                |
| Id.                                       | Data da Assinatura | Documento                                                                               | Tipo           |
| 57065832                                  | 28/01/2020 17:06   | <a href="#">2687467_CONTESTACAO_01</a>                                                  | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00382934120198172001

**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 **WELLINGTON MIGUEL DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **17/12/2016**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 05/09/2017.**

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 3.712,50 (TRÊS MIL E SETECENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

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



Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

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

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

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

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

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

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

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

#### **DO MÉRITO**

#### **DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA**

#### **DA AUSÊNCIA DE ASSINATURA NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

**Primeiramente, analisando o referido documento, o mesmo encontra-se incompleto, não havendo assinatura da parte autora no boletim.**

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

### **DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

**Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 05/09/2017 após 09 MESES da data do alegado acidente noticiado.**

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

**Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 17/12/2016, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.**

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>3</sup>"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



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

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

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

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 3.712,50 (três mil e setecentos e doze reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

| <b>PARECER DE PERÍCIA MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                     |  |                  |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------|
| <b>DADOS DO SINISTRO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| <b>Número:</b> 3180046432                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Cidade:</b> Cachoeirinha                         | <b>Natureza:</b> Invalidez Permanente                                               |                  |                              |
| <b>Vítima:</b> WELLINGTON MIGUEL DA SILVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Data do acidente:</b> 17/12/2016                 | <b>Seguradora:</b> MBM SEGURADORA S/A                                               |                  |                              |
| <b>PARECER</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| <b>Diagnóstico:</b> FRATURA DE 3 QDD, FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO E PATELA DIREITA.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| <b>Descrição do exame médico pericial:</b> VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DE 3 QDD, COM DEFICIT DE FORÇA DO DEDO DE GRAU LEVE, SEM PREJUÍZO FUNCIONAL NA MÃO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA. APRESENTA DEFICIT DE MOBILIDADE GRAVE DO JOELHO DIREITO, COM FLEXÃO A CERCA DE 45 GRAUS, PREJUÍZO DE FORÇA, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA. |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| <b>Resultados terapêuticos:</b> EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO DIREITO E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DE 3 QDD.                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| <b>Sequelas permanentes:</b> LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO JOELHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO 3º DEDO DA MÃO DIREITO                                                                                                                                                                                                                               |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| <b>Sequelas:</b> Com sequela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| <b>Data da perícia:</b> 12/06/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| <b>Conduta mantida:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| <b>Observações:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| <b>Médico examinador:</b> Leonardo de Faria Neves                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| <b>CRM do médico:</b> 17742                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| <b>UF do CRM do médico:</b> PE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| <b>DANOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>                         | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
| Perda completa da mobilidade de um joelho                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 25 %                                                | Em grau completo - 100 %                                                            | 25%              | R\$ 3.375,00                 |
| Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 10 %                                                | Em grau leve - 25 %                                                                 | 2,5%             | R\$ 337,50                   |
| <b>Total</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |                                                                                     | <b>27,5 %</b>    | <b>R\$ 3.712,50</b>          |

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

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



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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 3.712,50 (três mil e setecentos e doze reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

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

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **17/12/2016**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 3.712,50 (três mil e setecentos e doze reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:**

### **BRADESCO**

#### **COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA**

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

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

CLIENTE: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06991-4

CONTA: 000000002179-2

Nr. Autenticação

BRADESCO1406201805000000000023706991000000002179371250 PAGO

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



Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 3.712,50 (TRÊS MIL E SETECENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

<sup>5</sup> **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



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

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>.

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

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

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

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

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

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

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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





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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 21 de janeiro de 2020.

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

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



### **QUESITOS DA RÉ**

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



### **TABELA DE GRADAÇÃO**

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



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **WELLINGTON MIGUEL DA SILVA**, em curso perante a **15ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00382934120198172001.

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: **0038293-41.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                    |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                            |                    |
|-------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| WELLINGTON MIGUEL DA SILVA (AUTOR)        |                    | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)<br>sharon Stéphanne Lins Barros (ADVOGADO) |                    |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)     |                    |                                                                                          |                    |
| ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO) |                    |                                                                                          |                    |
| Documentos                                |                    |                                                                                          |                    |
| Id.                                       | Data da Assinatura | Documento                                                                                | Tipo               |
| 57065834                                  | 28/01/2020 17:06   | <a href="#">ANEXO 1</a>                                                                  | Outros (Documento) |

### 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: 289130

Religião:

**CNS:** 898003707796991

Nº: 1

Estado: PE

Profissão: OUTROS

**Clinica: CIRURGIA GERAL**

**Médico: MEDICÓ PLANTONISTA**

Queixa Principal / HDA: *Vitrose de queda de unho, há 12 hrs*  
*2-3 dias uso de capote Negro desmorinado e com fô*  
 (A) *Vire a cores pouco com color cereja?*  
 (D) *Bom exame resp. Ausência de crepites*

Exame Físico: (1) *Normalmente* estímulos PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

(D) 15.00 g 15

(c) Presença de deformidade no PD do unco (D)?  
Presença de deformidade no M.I.D

Diag. Provisório: *Pneumotórax*

CP: Sur<sup>2</sup> Re routine  
New General Antepedie

Documentação médico-hospitalar:

[illegible]Dieta: Zero

Data 11/12/20

### Horário

(1) SRL  $\text{Waxol} + 6\text{Lc}$  50 03 f.

2 (EV) 12/12/10

2) Winnicki 52% MAFA + SFU 100%

2001 (EU) 8/8 int

3)  $P_{\text{Kont}} = \text{WZ} \cdot \text{OZ} + \text{AD} \cdot \text{FV} \cdot 3/100$

9) SW + CCS

~~COMPREVE SEUS DADOS E POSTALIDADE~~

18 JAN 2016

1 de 2

## PROTOCOL

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Wellington Miguel dos Santos Nº do Registro:

Clínica: ortop. Nº do Leito:

Operador: Dr. Victor Hugo

1º Assistente: Dr. Alfredo

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: 5/1/17

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura Perna Distal +

Pitola em Joelho (D)

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Operação Proposta: Nave e placa articulatória 4.5

Bloco + Pincos de Posição

Operação Realizada: O mesmo

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

① Pit em D4 sob anestesia + controle em Colar (D) + lavagem lavador + antisept + drenagem por pinos + osteotomia da tnt

② Nave e placa articulatória 4.5 Bloco + Pincos de Posição

③ Osteoss. - loco + tnt c/ O2 Pincos esferas sampl + O2 pinos

④ Nave sob fluoroscopia + selos + Dreno + Curativo

⑤ O mesmo controle

08



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

Clínica:

Operador:

1º Assistente:

Instrumentador:

Anestesia:

Data da Operação:

Início:

Nº do Registro:

Nº do Leito

2º Assistente:

Anestesiista:

Duração:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Lavagem da pele + Antiseptico  
2. Posicionamento + Anestesia + Anestesia de campo cirúrgico  
3. Incisão 4. 1º e 2º 10 pontos planos e 10 pontos curvos  
4. Curativos

Assinado eletronicamente por:  
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
18 JAN 2018

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

18 JAN 2018

PROTOCOLO



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

Wellington Miguel do Silva

Nº do Registro:

Clínica:

Ortopedia

Nº do Leito:

Operador:

Dr. Tereza

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesiologista:

Anestesia:

Duração:

Data de Operação:

18/12/16

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fx do fêmur distal D.

Diagnóstico Pós-Operatório:

Omeu

Operação Proposta:

Trat. Cirúrgico

Operação Realizada:

Omeu

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Pte em DDH pelo antetorax
2. Desbridamento + Antetorax + Comprom
3. Redução encaixada + estabilização com fixador externo tubo a tubo
4. Curativo + Sutura

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

18 JAN 2018

PROTOCOLO

010

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 DATA DE EMISSÃO 02/09/2005  
 Nº 10.236.102  
 << WELLINGTON-MIGUEL DA SILVA >>  
 ACORD  
 << ANTONIO MIGUEL DA SILVA >>  
 << LUCIENE JOSEFA DA SILVA >>  
 VALOR DO JUROS 20% DE 1/12 ANUAL  
 CARUARU - PE 17/11/2000  
 STC 1000000 << CN. 101854-412 F. 21V CART.  
 CACHOEIRINHA-PE 13/02/2001 >>  
 OFF  
 ASSINATURA DO DIRETOR  
 LEI Nº 7.116 DE 28/08/83  
 410022900401000108.6553141

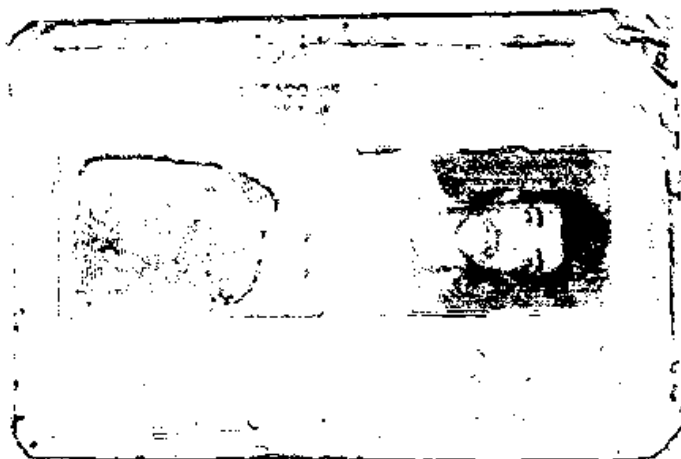
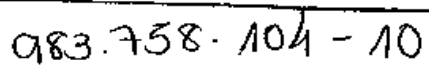
Documentos de identificacao

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

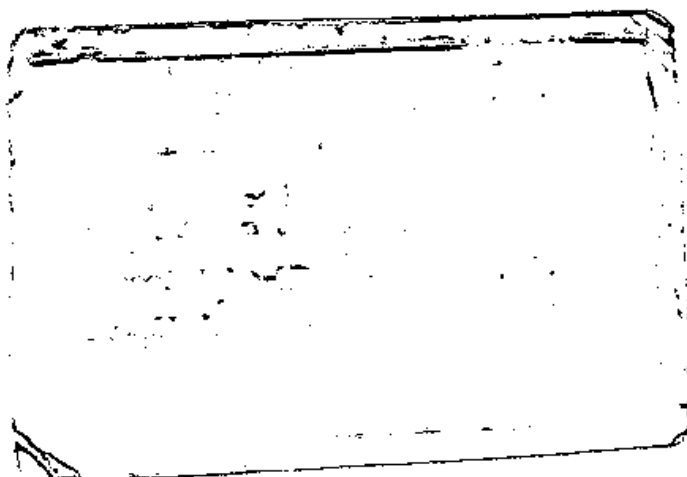
~~SECRET~~ ~~SECRET~~

*[Handwritten signature]*

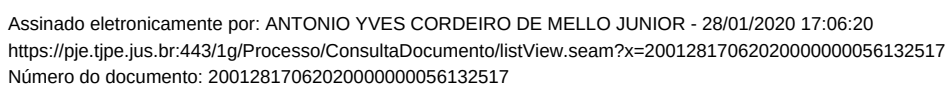


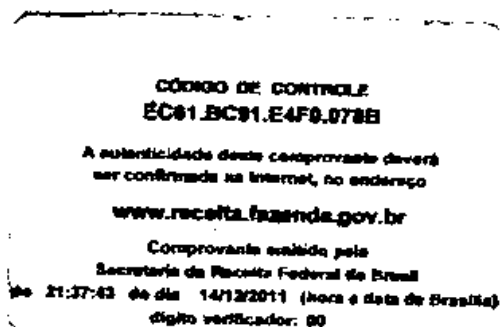
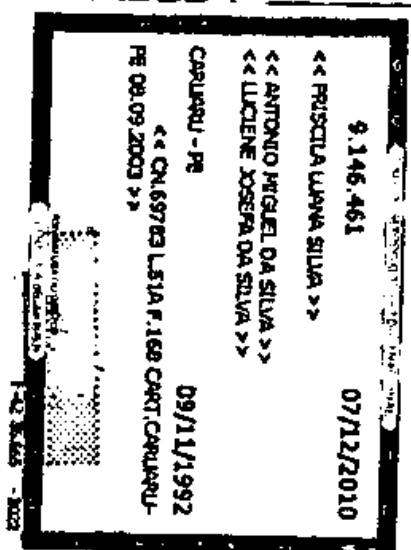


**Documentos de Identificacao**



16





22 MAR 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADÃS

DETRAN - PE Nº 012387578009  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 17708049E RNTRO. EXERCÍCIO 2016

NOME  
ROSILDO RAFAEL DE MACEDO

CACHOEIRINHA - PE

CPF/CNPJ 030.276.844-00

PLACA RPD9649

CHASSI 9C2FC15209R104916

FAC / METRAGEM COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB. 2009

CAP / POT / CL 27/149CL

CATEGORIA FARTIC

COR PREDOMINANTE CINZA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º 2º 3º

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 100,00

PREMIO TOTAL (R\$) 100,00

DATA DE PAGAMENTO 15/03/16

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

Chavler Anderson Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 012387578009 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ROSILDO RAFAEL DE MACEDO

RUA MAJO TIRAS 447 55280-000

CASA CENTRO CACHOEIRINHA - PE

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

www.dpvatsegurodetransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 15/03/16

VIA 1 17708049E RPD9649

RENAVAM. MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB. 2009

CHASSI 9C2FC15209R104916

PREMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) 100,00

CUSTO DO SEGURO (R\$) 100,00

PAGAMENTO COTA ÚNICA

SEGURO LÍDER - DPVAT

www.seguradoralider.com.br

DETALHES E CONDIÇÕES DO BILHETE DPVAT

ESTE NÃO É O BILHETE OBRIGATORIO

DUT

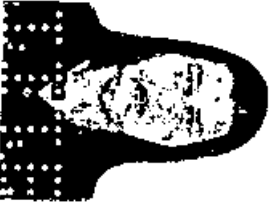
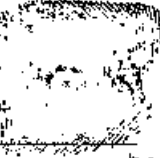
1 000000 112 00001 1 11 0001

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

18 JAN 2018

PROTOCOLO



|                                                                                   |  |                                                                     |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--------------------|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                    |  | VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                                |                    |
| ESTADO DE PERNAMBUCO                                                              |  | REGISTRO GERAL                                                      | DATA DE EXPEDICÃO  |
| 01R26                                                                             |  | 6.530.447                                                           | 07/10/2016         |
|  |  | NOME << LUCIENE JOSEFA DA SILVA >>                                  |                    |
|  |  | FILIAÇÃO << JOSÉ ANTONIO DA SILVA >>                                |                    |
|                                                                                   |  | << JOSEFA REGINA DA SILVA >>                                        |                    |
|                                                                                   |  | NATURALIDADE                                                        | DATA DE NASCIMENTO |
|                                                                                   |  | CARUARU - PE                                                        | 14/08/1974         |
|                                                                                   |  | DOC ORIGEM << CC. 7.925 L.615 F.185V CART. CARUARU-PE 07.02.2009 >> |                    |
|                                                                                   |  | CPF 070.910.264-03                                                  |                    |
|                                                                                   |  | ASSINATURA DO DIRETOR                                               |                    |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE                                                            |  | LEI Nº 7.116 DE 29/06/03                                            |                    |

Outros

1 1011110 101 10111 1 1 10111

|                                                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                             |  |
| <p>Cartão de uso pessoal e intransferível</p> <p>Deve ser apresentado junto com um documento de identidade</p> |  |
| <p>Emissão</p>                                                                                                 |  |

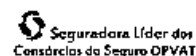
|                               |  |
|-------------------------------|--|
| MINISTÉRIO DA FAZENDA         |  |
| Secretaria da Receita Federal |  |
| CPF                           |  |
| Cadastro de Pessoas Físicas   |  |
| Número de inscrição           |  |
| 070.910.264-03                |  |
| Nome                          |  |
| LUCIENE JOSEFA DA SILVA       |  |
| Nascimento                    |  |
| 14/08/1974                    |  |

|                               |
|-------------------------------|
| COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA |
| 18 JAN 2018                   |
| PROTOCOLO                     |

13



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025286/18  
Vítima: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA  
CPF: 137.988.624-43

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/12/2016  
Titular do CPF: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### GENIVAL ALVES DE ALMEIDA : 983.756.104-10

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### WELLINGTON MIGUEL DA SILVA : 137.988.624-43

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por Invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/01/2018  
Nome: GENIVAL ALVES DE ALMEIDA  
CPF/CNPJ: 983.756.104-10

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2018  
Nome: Manuella Trindade Pessoa de Araujo  
CPF: 064.485.714-50

Manuella Trindade Pessoa de Araujo



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180046432 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WELLINGTON MIGUEL DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 07/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA DE JOELHO DRIEITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** LAUDO INCONCLUSIVO

### DANOS

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

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180046432 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WELLINGTON MIGUEL DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE 3 QDD, FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO E PATELA DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DE 3 QDD, COM DEFICIT DE FORÇA DO DEDO DE GRAU LEVE, SEM PREJUÍZO FUNCIONAL NA MÃO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA. APRESENTA DEFICIT DE MOBILIDADE GRAVE DO JOELHO DIREITO, COM FLEXÃO A CERCA DE 45 GRAUS, PREJUÍZO DE FORÇA, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA.

**Resultados terapêuticos:** EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO DIREITO E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DE 3 QDD.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO JOELHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO 3º DEDO DA MÃO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Leonardo de Faria Neves

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                                     | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho                                       | 25 %                                         | Em grau completo - 100 %                             | 25%       | R\$ 3.375,00          |
| Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | 10 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 2,5%      | R\$ 337,50            |
| Total                                                                           |                                              |                                                      | 27,5 %    | R\$ 3.712,50          |

### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

*Victor Borba*



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

Nº Sinistro: 3180046432

Vítima: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

Data do Acidente: 17/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180046432**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 1238520

Pag. 00823/00824 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

Sinistro: 3180046432  
Vítima: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA  
Data do Acidente: 17/12/2016  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: PRISCILA LUANA SILVA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180046432** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00281/00282 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12928705



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Carta nº: 13139250

A/C: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

Nº Sinistro: 3180046432  
Vitima: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA  
Data do Acidente: 17/12/2016  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: PRISCILA LUANA SILVA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

Valor: R\$ 3.712,50  
Banco: 237  
Agência: 000006991-4  
Conta: 0000002179-2  
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 3.712,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

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

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

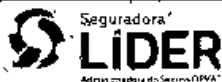
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01109/01110 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020555





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

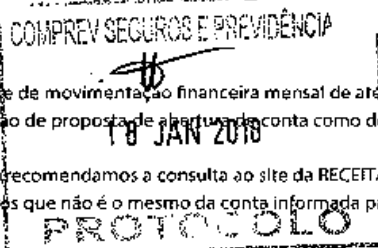
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização pelo banco.

EU, Wellington Miguel da Silva  
PORTADOR(A) DO RG Nº 10.936.782 EXPEDIDO POR SDS PE EM 02/09/2015  
CPF 337088624-43 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO recusou-se  
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wellington Miguel da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

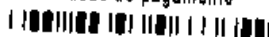
Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Autorização de pagamento



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 0237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 06991 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 02.179-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Wellington Miguel da Silva  
Boqueirão, 10 de Outubro de 2017 X Priscila Bruno Silva  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

### ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



BRABESCO  
EXPRESSO

Correspondente do Banco Bradesco S.A.

DONIA VALENIA DE MELO - ME

PARA DON EXPEDITO LOPES - 16

Forn. Ref: Tax 00026189 - Data: 31/08/2017

Data: 31/08/2017, Hora de Brasília: 16:04

Deposito em Conta Corrente

Favorecido:

Banco: 232

Agencia: 0020 - CACHOEIRINHA

Conta: 0000000029-2

Nome: WILTON MIGUEL DA SILVA

6592  
2329-21

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

18 JAN 2018

PROTOCOLO



**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**

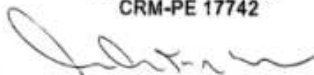
Número do Sinistro: 3180046432  
Nome do(a) Examinado(a): Wellington Miguel da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Otaviano Oliveira Cintra, 1 Cs A  
Centro Cachoeirinha PE CEP: 55380-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 10236102  
Data local do acidente: [ 17/12/2016 ]  
Data local do exame: [ 12/06/2018 ] Caruaru [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE 3 QDD, FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO E PATELA DIREITA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: FIO K (3 QDD), PARAFUSOS (JOELHO E FEMUR DIREITOS), FISIOTERAPIA**  
**Complicações: AUSENTES**  
**Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**VÍTIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DE 3 QDD, COM DEFICIT DE FORÇA DO DEDO DE GRAU LEVE, SEM PREJUÍZO FUNCIONAL NA MÃO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA. APRESENTA DÉFICIT DE MOBILIDADE GRAVE DO JOELHO DIREITO, COM FLEXÃO A CERCA DE 45 GRAUS, PREJUÍZO DE FORÇA, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU DE CERCA DE 90% DO JOELHO DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR, LEVE DO 3 QDD, COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA**  
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"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ( ) "Sem seqüela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>JOELHO - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa <b>(X) 100% completo</b> | Região Corporal (Sequela):<br><b>3º DEDO DA MÃO - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual <b>(X) 25% leve</b><br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                        | Região Corporal (Sequela):<br>% 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

SAUDESEG  
Dr. Leonardo Neves  
CRM-PE 17742





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLICIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA - DP109ªCIRC**  
**DINTER1/16ª DESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0192000349**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/09/2017** às **13:11**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **07/12/2016** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **CACHOEIRINHA - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
 NAO ROUYE (AUTOR AGENTE)  
 LUCIENE JOSEFA DA SILVA (NOTICIANTE)  
 ROSILDO RAFAEL DE MACEDO (OUTRO)  
 GENIVAL ALVES DE ALMEIDA (OUTRO)  
 W.M.D.S. (Menor de idade) (VÍTIMA)

Boletim de ocorrência  
 1 (001100 10) (0011 11 100)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ROSELDO RAFAEL DE MACEDO**  
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GENIVAL ALVES DE ALMEIDA**

Identificação do(s) pessoa(s) envolvida(s)

**W.M.D.S. (Menor de idade) (presente ao plantão) - Sexo: Masculino**  
**MAR LUCIENE JOSEFA DA SILVA** Pai: **ANTONIO MIGUEL DA SILVA** Data de Nascimento: **17/11/2000** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

**GENIVAL ALVES DE ALMEIDA (não presente ao plantão)**  
**MAR JOSEFA ALVES DA SILVA** Pai: **FRANCISCO JOSE DE ALMEIDA** Data de Nascimento: **25/8/1978** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

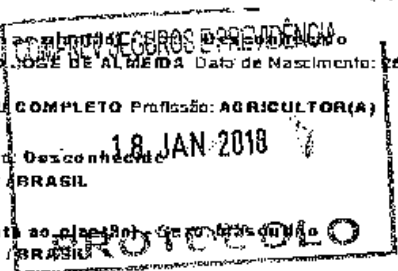
**NAO ROUYE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido**  
 Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**ROSELDO RAFAEL DE MACEDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino**  
 Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**LUCIENE JOSEFA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino**  
**MAR JOSEFA REGINA DA SILVA** Pai: **JOSE ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **14/8/1974** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Estado Civil: **VUJVO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

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

**MOFOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ROSELDO RAFAEL DE MACEDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROSELDO RAFAEL DE MACEDO**





Unidade: HANCO MINHA: BOTOQUELETA: NÃO INFORMADO: NÃO INFORMADO Objeto apreensão: Não

<https://segurty.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=199&idOc=6657758&nro...> 5/9/2017

Secretaria de Defesa Social : INFOPOL

Page 2 of 2

Cor: CINZA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KF 08649 (PERNAMBUCO: NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2KC15309R104316

ANO FABRICAÇÃO: 2009

2009/2009

Descrição: HONDA CB 160

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, A SRA. LUCIENE JOSEFA, INFORMANDO DE QUE SEU FILHO WELLINGTON FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRABALHO. A MESMA INFORMOU DE QUE O MESMO ESTAVA NA GARUPA DA MOTO JA CITADA NESTE B.O. QUE ERA CONDUZIDA POR O SR. GENIVAL ALVES, ONDE EM DADO MOMENTO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MESMA ONDE TEVE ESCORIAÇÕES LEVE E WELLINGTON TEVE FRATURA NA PERNA DIREITA. EM SEU SOCORRIDO PELO O SAMU DE SAO CAITANO E REMOVIDO PARA O H.R.A. EM CARUARU. NADA MAIS DO QUE DE REGISTRO DE OCORRENCIA.

Assinatura do(s) pessoal(s) presente nesta unidade policial

X Wellington Miguel da Silva

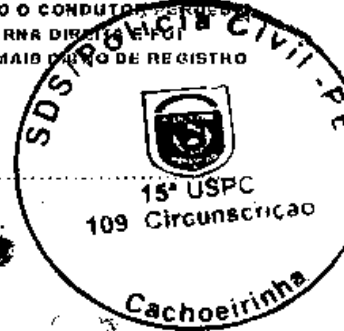
W.M.O.S. (Menor de Idade)

(VITIMA)

LUCIENE JOSEFA DA SILVA

(RELATANTE)

B.O. registrado por: ROBERTO ROBERTO DE LIMA - Matrícula: 188768-6



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

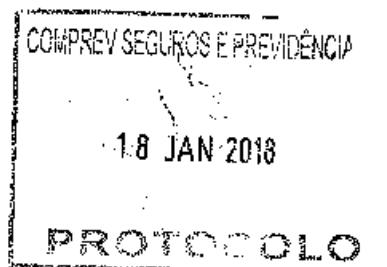
18 JAN 2018

PROTOCOLO

02



<https://security.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=199&idOc=6657758&int=1/9/2017>



03



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, WELLINGTON MIGUEL DA SILVA portador da carteira de identidade nº 10 236 102 inscrito no CPF/ME sob o nº 137.988.1624-43, residente e domiciliado na R. Orla do Atlântico, Centro, Cidade CACHOEIRINHA, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Declaracao de Inexistencia de IML

1 000000 000 0000 0000 0000

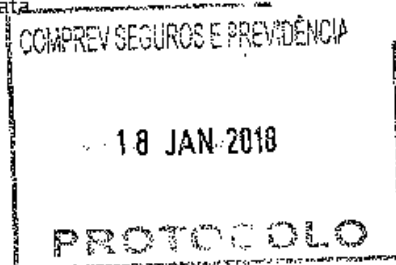
X Wellington Miguel da Silva

X Priscila Rorana Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Cachoeirinha, 10/10/17

Local e data



05





**INDICATE THE BEST CHOICE**

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. WELLINTON MIGUEL DA SILVA, RG: 10236103 SDS/PE, CPF: 137.988.624-43, que consta nos registros de ocorrências Nº 0303 do SAMU São Caetano, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo no dia 17 de Dezembro de 2016 às 23hs e 24min, no endereço BR 423, Cachoeirinha-PE, com queixa de acidente de trânsito tendo sido enviada a Unidade de Suporte Básico, que prestou atendimento a vítima no local sendo transportada para o Hospital Regional do Agreste.

São Caetano, 25 de Março de 2017

1-8 JAN 2018

# PROTOCOLLO

Quilvane Sena

**RILVANE SENA**

**COREN-PE 279833**

**COORDENADORA**

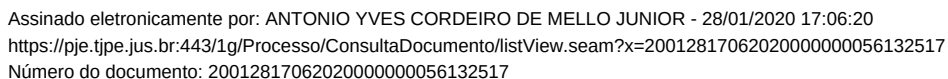
**Prefeitura Municipal de São Caetano**

Pça. Josué Gomes, s/nº - Centro - São Caetano-PE

Tel.: (0\*\*81) 3736.1156 / 3736.1149

E-mail: pmscaetano@gmail.com

CNPJ: 10.091.585/0001-56



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237      AGÊNCIA: 2373-6      CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

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

CLIENTE: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06991-4

CONTA: 000000002179-2

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO1406201805000000000023706991000000002179371250 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

RG nº 10 236 102, data de expedição 02/09/2015 órgão SDS PE

CPF nº 93798862443 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>R. Otávio Oliveira Lima</u>        |
| Número                            | <u>01</u>                             |
| Apto / Complemento                | <u>CASA</u>                           |
| Bairro                            | <u>Centro</u>                         |
| Cidade                            | <u>Cachoeirinha</u>                   |
| Estado                            | <u>Pernambuco</u>                     |
| CEP                               | <u>55380-000</u>                      |
| Telefone de Contato               | <u>(81) 9.9668-4814 / 9.9258-3087</u> |
| E-mail                            |                                       |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Cachoeirinha, 10/10/17  
X Wellington Miguel da Silva

Assinatura do Declarante: Risela Luana Silva



20





CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 1B.1.001.0014398-2  
ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - MUN. - 00069 - CENTRO  
CACHOEIRINHA PE 55380-000

| DADOS DO CLIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                    | MATRÍCULA: 4695100                    |                                    |                  |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|------------------|-----------------|
| LUCIENE JOSEFA DA SILVA<br>R OTAVIANO OLIVEIRA CINTRA, N. 00201 - CS-A - CENTRO CACHOEIRI<br>Nº 18 DE 55380-000<br>INSCRIÇÃO: 031.830.500.0050 140.68100.5 DER AUTOMÁTICO: 001695100                                                                                                               |                                    |                                       |                                    |                  |                 |
| SITUAÇÃO ÁGUA                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SITUAÇÃO ESGOTO                    | QUANTIDADE DE ECONOMIAS               |                                    |                  |                 |
| 11GADO                                                                                                                                                                                                                                                                                             | POTENCIAL                          | RESIDENCIAL                           | COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA       |                  |                 |
| HIDRÔMETRO:<br>A11U029857                                                                                                                                                                                                                                                                          | DATA LEIT. ANTERIOR:<br>29/06/2017 | DATA LEIT. ATUAL:<br>29/07/2017       | TIPO DE CONSUMO (AVE)<br>MÉDIA, M0 |                  |                 |
| ÁGUA:<br>LEIT ANT: 559 CONSUMO: 9<br>LEIT ATU: RECORRÊNCIA TAXA M<br>LEIT FAT: 569                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                       |                                    |                  |                 |
| HISTÓRICO DE CONSUMO                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |                                       |                                    |                  |                 |
| REFERÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CONSUMO                            | NÚMERO DE AMOSTRAS                    |                                    |                  |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    | PARAMETROS                            | EXIG. PORT. MS 2.914/11            | ANÁLISES REALIZ. | ATENDEM A LEGIS |
| 06/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 09                                 | TURBIDEZ                              | 38                                 | 38               | 38              |
| 05/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 06                                 | COR APARENTE                          | 38                                 | 38               | 38              |
| 04/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 10                                 | CLORO RESIDUAL                        | 38                                 | 38               | 38              |
| 03/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 10                                 | COLIF. TOTAIS                         | 38                                 | 38               | 38              |
| 02/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 10                                 | E. COLI                               | 38                                 | 38               | 38              |
| 01/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 07                                 |                                       |                                    |                  |                 |
| MÉDIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 09                                 | Qualidade de Água: www.compesa.com.br |                                    |                  |                 |
| OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS<br>(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA<br>(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA |                                    |                                       |                                    |                  |                 |
| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    | CONSUMO                               | TOTAL (R\$)                        |                  |                 |
| ÁGUA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |                                       |                                    |                  |                 |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    | 9 M3                                  | 40,18                              |                  |                 |
| CONSUMO DE ÁGUA                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                                       | 8,80                               |                  |                 |
| MULTA P/IMPUNTUALIDADE 06/2017                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |                                       |                                    |                  |                 |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA<br/><br/>18 JAN 2018<br/><br/>PROTOCOLO</div>                                                                                                                                               |                                    |                                       |                                    |                  |                 |
| VENCIMENTO: 08/08/2017                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    | TOTAL A PAGAR: 40,98                  |                                    |                  |                 |
| MENSAGEM:                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                       |                                    |                  |                 |



# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu Genival Alves de Almeida  
RG nº 62.57.066, data de expedição 07/11/98, Orgão SSP/PE

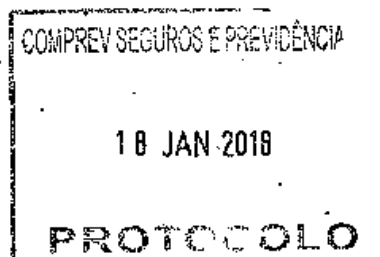
CPF nº 983.756.704/0 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                  |                                       |                                        |
|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Prça) | <u>Rua José Pedro da Silva</u>        | Comprovante de residência<br>[Barcode] |
| Número                           | <u>83</u>                             |                                        |
| Apto / Complemento               | <u>Casa</u>                           |                                        |
| Bairro                           | <u>Centro</u>                         |                                        |
| Cidade                           | <u>Caruaru</u>                        |                                        |
| Estado                           | <u>Pernambuco</u>                     |                                        |
| CEP                              | <u>55.380.000</u>                     |                                        |
| Telefone de Contato              | <u>(81) 9.9668-4814 / 9.9258-3082</u> |                                        |
| E-mail                           |                                       |                                        |

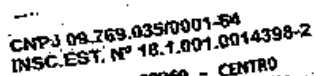
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru, 10/10/17

Assinatura do Declarante: Genival Alves de Almeida







ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE  
CACHOEIRINHA PE 55340-000

MATRICULA: 4653851 Jul/2017

**DADOS DO CLIENTE**

DADOS DO CLIENTE  
GENERAL ALVES ALMEIDA  
PEDRO DA SILVA

GENERAL ALVES ALMEIDA  
PEDRO DA SILVA, N. 08881 - CENTRO CARIACÁ

R. JOSE PEDRO 000  
INSCRIÇÃO-03 810 550 0019 348  
SITUAÇÃO ESGOTO QUANTIDADE DE  
RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL  
DE CONSUMO (AVE

|                   |               |                 |          |
|-------------------|---------------|-----------------|----------|
| SITUAÇÃO ANTERIOR | POTENCIAL     | DATA LET. ATUAL | TIPO UN. |
| LIGADO            | LET. ANTERIOR | 02/2/2017       | MEDIA 10 |

|                          |                          |            |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| HIERÔMETRO<br>1111111111 | DATA CENSA<br>25/06/2017 | 25/06/2017 |
|--------------------------|--------------------------|------------|

AGIA: 527 CONSUMO: 8 TAXA M

LEIT ANT: 22  
LEIT ATU:  
LEIT FAT: 537

|                       |            |             |          |     |
|-----------------------|------------|-------------|----------|-----|
| HISTORICO DE CONSULTA | PARAMETROS | EXIG. PORT. | ANALISES | ATE |
| CONSULTA CONSULTADO   |            | 3-014/11    | REALIZ.  | AVE |

|         |    |          |    |    |
|---------|----|----------|----|----|
| 05/2017 | 07 | TURBIDEZ | 38 | 38 |
|         |    |          | 38 | 38 |

|         |    |                |    |    |
|---------|----|----------------|----|----|
| 05/2017 | 13 | COR APARENT    | 38 | 38 |
| 04/2017 | 05 | CLORO RESIDUAL | 38 | 38 |
|         |    | TOTALS         | 38 | 38 |

|         |    |         |    |  |
|---------|----|---------|----|--|
| 03/2017 | 07 | COLIF   | 30 |  |
| 02/2017 | 06 | E. COLI |    |  |
|         | 07 |         |    |  |

01/201/ 08 95% DAS AMOSTRAS  
MEDIA: 98 95% DAS AMOSTRAS  
TOTAIS AUSÊNCIA DE ESCHERICHIA COLI E LEV  
TOTAIS, DES SANITARIAS DA AGUA  
TOTAIS, DES SANITARIAS DA AGUA

OBS.: (1) LUGAR DE COEFICIENTE  
 (2) OS PARÂMETROS DAS CONDIÇÕES  
 IDEIAIS SÃO INDICADORES SÃO INDICADORES  
 IDEIAIS SÃO INDICADORES SÃO INDICADORES  
 IDEIAIS SÃO INDICADORES SÃO INDICADORES

(3) OS PARÂMETROS ASSOCIADOS AO ASPECTO VISUAL

AGUA 1 UNIDADE(S) 8 18

RESIDENCIAL  
CONSUMO DE AGUA

DATA P/INFORMALIDADE

100

100-443887-100

1947

100-443887-100

CONFIDENTIAL

\_\_\_\_\_

18 1A

10-31

100

[illegible]

\_\_\_\_\_

~~COMPTON SECURE EVIDENCE~~

18 JAN 2018

# PROTOCOLLO







## DECLARAÇÃO

## Circular Susep nº 445/12 – Provenção à Lavagem de Dinheiro

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

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

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

\* Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Genival Alves de Almeida, portador(a) do

RG nº 62.17.060 expedida por SSP PE, em

07/11/1998 CPF/CNPJ nº 983.756.104-10

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Wellington

Miguel da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez

da vítima Wellington Miguel da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: não informar Renda Mensal: R\$ não informar

Documentos comprobatórios: não informar

Genival Alves de Almeida  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

18 JAN 2018

PROTOCOLO

15





## Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Rosildo Rafael de macêdo

RG: 55 67 573, data de expedição 1/1/1

Órgão SSP PE, portador do CPF 030 976 844 00, com

domicílio na cidade de cachoeirinha, no Estado de

pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

Rua paulo jalegre, nº 160,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da lei, que o veículo

abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente

ocorrido com a vítima Willington miguel

cujos o condutor era Genival Alves de Almeida

Veículo: moto

Modelo: Honda C.B 150 Titã F50

Ano: 2009 2009

Declaração do proprietário do veículo  
I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) V ( ) VI ( ) VII ( ) VIII ( ) IX ( ) X ( )

Placa: KFO 9649

Chassi: 9E9 FC 15309 R104956

Data do Acidente: 17.12.2016

Local e data do cartório: cachoeirinha 19:06:2017

Rosildo Rafael de macêdo

Assinatura do Declarante

Genival Alves de Almeida

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

**CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA - PE**  
Tribuna: VERA LÚCIA VALÊNÇA MELO E SILVA / Substituta: DINA LÚCIA SIMÕES VALENÇA DE MELO FÉLICIANO  
R. São Vicente de São, 120 - Centro - CEP 55200-000 - DDD 33 3411.7249(1) - Fone/Fax (33) 3411.7249(1) - e-mail: carterio@carterio.org.br  
Reconheço por autenticidade a firma de ROSILDO RAFAEL DE MACÊDO  
do(a) fê. Em testemunho da verdade. Cachoeirinha, 19/06/2017  
09:46:27. Selo(s) 0076455.H0X06201701.00226. Consulte autenticidade  
em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital). Emol.: R\$ 3,49 - TSMR R\$ 0,78  
FERC: R\$ 0,39  
Tera Lúcia Valença Melo e Silva - Tabelião  
VÁLIDO SOMENTE SEM EMPRÉSTIMO OU RAMBOS

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO  
DE AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO

18 JAN 2018

PROTOCOLADO

96

