



Número: **0087044-59.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADEILDO APRIGIO DE SOUZA (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57219695	31/01/2020 11:14	2688741_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00870445920198172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**, 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 **21/10/2016**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 26/10/2016.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que os documentos médicos apresentados aos autos não comprovam a existência de qualquer acompanhamento ou tratamento médico que seja capaz de atestar a invalidez permanente alegada.



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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO INDEFERIMENTO DA INICIAL

Destaca-se, inicialmente, a ausência de documento indispensável a propositura de qualquer demanda judicial, qual seja, o comprovante de residência.

Compulsando os autos, percebe-se que não fora juntado documento de comprovação do domicílio do autor, em clara afronta ao artigo 320, do CPC.

Ocorre, que a ausência do referido comprovante inviabiliza até mesmo a elaboração da defesa da Ré, uma vez que impossibilita a comprovação da competência territorial.

Diante disso, considerando o momento processual, requer a extinção da presente demanda, na forma dos artigos 321 c/c 485, I. CPC.

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

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



DO MÉRITO

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

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

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

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS

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

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

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

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

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

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


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



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\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, 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:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190583259	Cidade: Recife	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA	Data do acidente: 21/10/2016	Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO E FRATURA DA BASE DO 1º METACARPO DIREITO (POLEGAR)				
Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DA PRONOSSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO, FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO E OPOENCIA DO POLEGAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.				
Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS COM ALINHAMENTO ANATOMICO E REABILITAÇÃO SATISFATORIAS.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO				
Sequelas: Com sequela				
Data do exame físico: 04/11/2019				
Conduta mantida:				
Observações:				
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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

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

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

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

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



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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), 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 **21/10/2016**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), conforme demonstrado abaixo:**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/11/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	945,00

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

CLIENTE: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03909

CONTA: 000001090406-3

Nr. da Autenticação 5351B38D380C224F

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 parciais⁴.

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 STJ⁵.

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\$ 945,00 (NOVECIENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

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

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



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, 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.

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

⁷art. 1º. (...)

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



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, 29 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



QUESITOS DA RÉ

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



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00870445920198172001.

Rio de Janeiro, 29 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





Número: **0087044-59.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

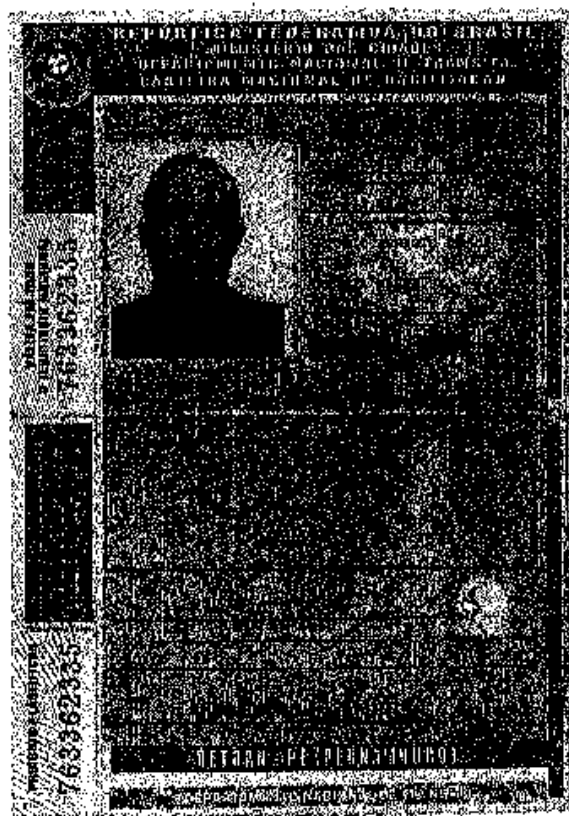
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

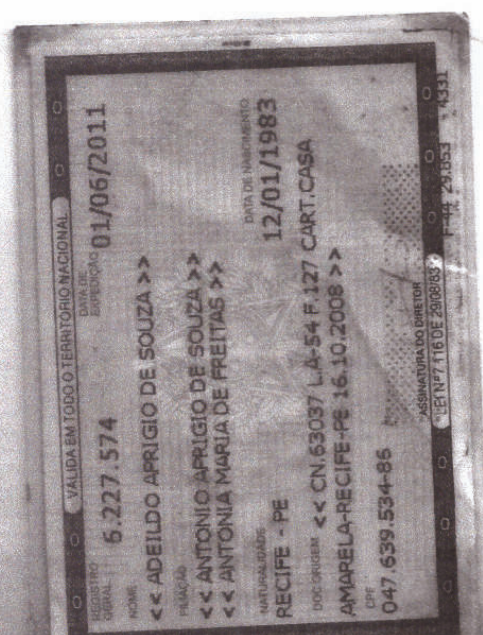
Justiça gratuita? **SIM**

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

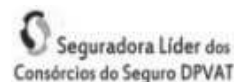
Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADEILDO APRIGIO DE SOUZA (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57219697	31/01/2020 11:14	ANEXO 1	Outros (Documento)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 11:14:43
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013111144343100000056283831>
 Número do documento: 20013111144343100000056283831



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357215/19

Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

CPF: 047.639.534-86

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 21/10/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS : 633.249.034-91

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

ADEILDO APRIGIO DE SOUZA : 047.639.534-86

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2019
Nome: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS
CPF: 633.249.034-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190583259 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA **Data do acidente:** 21/10/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO E FRATURA DA BASE DO 1º METACARPO DIREITO (POLEGAR)

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DA PRONOSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO, FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO E OPOENCIA DO POLEGAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS COM ALINHAMENTO ANATOMICO E REABILITAÇÃO SATISFATORIAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190583259 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA **Data do acidente:** 21/10/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E ULNA DIREITO.
FRATURA DO METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RÁDIO - PLACA E PARAFUSOS / MÃO - FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X2 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190583259 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA **Data do acidente:** 21/10/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E ULNA DIREITO.
FRATURA DO METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RÁDIO - PLACA E PARAFUSOS / MÃO - FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X2 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190583259

Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

Data do Acidente: 21/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00055/00056 - carta_03 - INVALIDEZ

00070028



Carta nº 14969615





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

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190583259

Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

Data do Acidente: 21/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14970305

Pag. 01251/01252 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190583259 Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

Data do Acidente: 21/10/2016 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00421/00422 - carta_03 - INVALIDEZ

00290211



Carta nº 14997398





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

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190583259

Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

Data do Acidente: 21/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00419/00420 - carta_02 - INVALIDEZ

00290210



Carta nº 15013419





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

Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190583259

Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

Data do Acidente: 21/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **033**

Agência: **000003909**

Conta: **000001090406-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190583259 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA **Data do acidente:** 21/10/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO E FRATURA DA BASE DO 1º METACARPO DIREITO (POLEGAR)

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DA PRONOSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO, FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO E OPOENCIA DO POLEGAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS COM ALINHAMENTO ANATOMICO E REABILITAÇÃO SATISFATORIAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 047.639.534-86 4 - Nome completo da vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

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

5 - Nome completo: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA 6 - CPF: 047.639.534-86
7 - Profissão: CARPINTEIRO 8 - Endereço: RUA ACARI 9 - Número: 063 10 - Complemento:
11 - Bairro: ALBERTO MAIA 12 - Cidade: CAMARAGIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54771-700
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81983161306

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assine o nome da opção): ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: SANTANDER
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3009 CONTA: 010904063
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.196/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Outro ☐ 24 - Número de filhos da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Testemunha (se não for o beneficiário):
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RECIFE, 14 DE OUTUBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 047.639.534-86 4 - Nome completo da vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

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

5 - Nome completo: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA 6 - CPF: 047.639.534-86

7 - Profissão: CARPINTEIRO 8 - Endereço: RUA ACARI 9 - Número: 063 10 - Complemento:

11 - Bairro: ALBERTO MAIA 12 - Cidade: CAMARAGIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54771-700

15 - E-mail: 81983161306 16 - Tel (DDD): 81983161306

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: SANTANDER

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 3909 CONTA: 01090406 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado no Civil ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Dado da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RECIFE, 14 DE OUTUBRO 2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



CAIXAS ELETRONICAS SANTANDER
DEPOSITO PRATICO

24/10/2019 18:14:04 DATA CONTABIL: 24/10/2019
LOCAL: 033.3295 - RECIFE-VEN
TRANSACAO: 0609755 TERMINAL: 0000179

ADEILDO APRIGIO DE SOUZA
BANCO: 033 AGENCIA: 3909 CONTA: 01-090406-3

DEPOSITO N. ENVELOPE TRANSACAO VALOR
DINHEIRO 356189009 609755
Deposito do dia 24/10/2019

TOTAL DOS DEPOSITOS:

.....
A EFETIVACAO DA TRANSACAO FICA CONDICIONADA
A CONFERENCIA DOS DOCUMENTOS E VALORES
CONFORME INSTRUcoes DE USO CONTIDAS NO VERSO
DO ENVELOPE.

AS OPERACOES REALIZADAS APÓS O HORARIO BANCARIO,
FINAIS DE SEMANA E FERIADOS, SERAO PROCESSADAS
ATE O FINAL DO PROXIMO DIA UTIL

.....
ACESSE O APP OU IB SANTANDER PARA CONSULTAS E
TRANSACOES A QUALQUER HORA OU LUGAR.



**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: 3190583259
Nome do(a) Examinado(a): Adeildo Aprigio de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): R Acari, 63
Alberto Maia Camaragibe PE CEP: 54771-700
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6227574
Data local do acidente: [21/10/2016]
Data local do exame: [04/11/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO E FRATURA DA BASE DO 1º METACARPO DIREITO (POLEGAR)
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSOS NO RADIO E ULNA E FIOS DE AÇO NO POLEGAR.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DA PRONOSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO, FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO E OPOENCIA DO POLEGAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL GLOBAL RESIDUAL AO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<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):
MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761





553468

035 7215/19

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0096006423Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/10/2016** às **08:30**Complementa o BO Número: **16E0096006421****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **21/10/2016** no período da **Noite**Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CAXANGA, 1 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO / BRASIL**Local do Fato: **VIA PUBLICA****Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
LUCON GUIMARAES MENDES (OUTRO)
ADEILDO APRIGIO DE SOUZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

ESPORTE / LAZER / AFINS: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ADEILDO APRIGIO
DE SOUZA

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

ADEILDO APRIGIO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANTONIA MARIA DE FREITAS Pai: ANTONIO APRIGIO DE SOUZA Data de Nascimento: 12/1/1983 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6227574/SDS/PE (RG), 04783953486 (CPF) Estado Civil: ANASIADO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: CARPINTEIRO(A) Telefones Celulares: - 984135702

Endereço Residencial: **RUA ACARI, 83 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALBERTO MAIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

LUCON GUIMARAES MENDES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCON GUIMARAES MENDES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SUZUKI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

11/10/2016 14:



Descrição: **MOTOCICLETA DE PLACA PDL9808****BICICLETA (ESPORTE / LAZER / AFINS)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **BICICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ADEILDO APRIGIO DE SOUZA COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA RELATANDO QUE NO DIA 21/10/2016 VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA PDL9808 PELA AVENIDA CAXANGÁ QUANDO DE REPENTE UMA PESSOA NÃO IDENTIFICADA EM UMA BICICLETA ATRAVESSOU NA SUA FRENTE PROVOCANDO O ACIDENTE E FAZENDO COM QUE A VÍTIMA VIESSE CAIR NO CANTEIRO CENTRAL DA VIA. INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO DE ACORDO COM A FICHA DE ESCLARECIMENTO ATENDIMENTO Nº 1563813. INFORMA TAMBÉM QUE DEVIDO A LESÃO NA MÃO DIREITA ESTÁ IMPOSSIBILITADO DE ASSINAR O BOLETIM DE OCCRÊNCIA, SENDO COMPROVADA A SUA PRESENÇA NO ATO DO REGISTRO DO REFERIDO BOLETIM COM A COLOCAÇÃO DA SUA IMPRESSÃO DIGITAL NO LOCAL DA ASSINATURA.

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


ADEILDO APRIGIO DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE APOLONIO DE LYRA NETO** - Matrícula: **350546-4**



2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 043.639.534-86	4 - Nome completo da vítima: ADEILDO APARECIDO DE SOUZA
----------------------------	--------------------------------------	--

5 - Nome completo:		6 - CPF:	
ADELDO APRIÇO DE SOUZA		047.639.534-80	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
CARPINTEIRO	RUA ACARI	063	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
ALBERTO MAIA	DAMARA GIBE	PE	54773-700
15 - E-mail:			

19 - Profissão do Representante Legal:

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: 3009 ☐ CONTA: 01090406 ☐ 3

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Num. 57219697 - Pág. 22



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 076.11.2016
EM: 16.11.2016

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **ADEILDO APRÍGIO DE SOUZA**, portador do Documento de Identidade nº **6227574** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **047.639.534-86**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-244571**, que no dia 21 de outubro de 2016, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo bicicleta e moto, por volta das 21h30, na Avenida Caxangá - Cordeiro, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital da Restauração, Recife, 16 de novembro de 2016.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa
Dr. **Sérgio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	945,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03909

CONTA: 000001090406-3

Nr. da Autenticação 5351B38D380C224F



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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao cliente audiotivo ou de fala: 0800 261 0142
Ouvidoria 0800 282 5589
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

GISELE VALENCIA DE MEDEIROS
CPF: 632.249.834-81

DATA DE VENCIMENTO

02/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

19/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

26/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

074042835

CONTA CONTRATO

002525983016

Nº DO CLIENTE

2001355309

Nº DA INSTALAÇÃO

0102995198

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO ALVES 105 - PR AP-104
COND EDR SIGMA TRADE CENTER
ILHA DO LEITE RECIFE
50070-480 RECIFE PE

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

EA03.D72E.C4D5.C1AF.B25B.500E.7A48.56FC

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	223,00	0,77546172	172,02
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,90
Acréscimo Bandeira VERMELHA			7,46
Contrib. Ilum. Pública Municipal			31,09
ICMS Subvenção-CDE-NEF 601289184-17/05/19			1,72
TOTAL DA FATURA			215,09

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
182,28	9,50	45,57	182,28	0,74	1,34
					182,28
					13,42
					6,23

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,5463300

HISTÓRICO DO CONSUMO

			KWH
AGO 19			223
JUL 19			236
JUN 19			255
MAI 19			258
ABR 19			242
MAR 19			250
FEV 19			251
JAN 19			105
DEZ 18			271
NOV 18			239
OUT 18			271
SET 18			226
AGO 18			225

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Consumo de Energia	52,22	24,08
Transmissão	5,34	2,46
Distribuição (Celpe)	18,44	21,09
Estatísticas Tarifárias	9,03	4,26
Tributos	53,14	24,75
Perdas de Energia	12,13	5,64
TOTAL	167,21	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº DIAS	CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO kWh
1001974	CAT	18/07/2019 52.814,00	19/08/2019 53.169,00	32	1,0000	0,00	223,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LECTURA: 17/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

Descrição	DO QUINTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
JUN/2019					
DMC-No. de horas sem Energia	GAZOMETRO	0,00	4,71	0,43	18,85
DMC-No. de vezes sem Energia		0,00	3,11	0,23	12,45
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,63	0,00	0,00
DMC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DMC: 12,32
ELISA-Autor do Encargo de Uso - R\$ 86,83					
Toda Consumidora pode solicitar a entrega dos indicadores DMC, FIC, DMIC e DMCR, qualquer dia.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! os correios foram ruy barbosa; avenida advogado José paulo cavalcanti; lha joana boazera / unilar; avenida lina peit boa vista; lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.499/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível da tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 25%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	200	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002525983016	08/2019	0,00	02/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ANTONIA MARIA DE FREITAS CPF: 299.950.864-68		DATA DE VENCIMENTO 23/10/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 148,42	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 16/10/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 16/10/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 081110664	CONTA CONTRATO 007013496433 Nº DO CLIENTE 2012628748 Nº DA INSTALAÇÃO 0000637900
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ACARI 63 ALBERTO MAIA/CAMARAGIBE 54771-700 CAMARAGIBE PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		RESERVADO AO FISCO EEC0.D0E5.DD93.666B.1025.E38D.FFB4.C050		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)				
Consumo Ativo(kWh)		151,00	0,81069952	122,41				
Acréscimo Bandeira AMARELA				1,50				
Acréscimo Bandeira VERMELHA				4,85				
Contrib. Ilum. Pública Municipal				16,37				
ICMS Subvenção-CDE-NF 073368119-14/08/19				0,95				
Multa por atraso-NF 077069742 - 12/09/19				1,80				
Juros por atraso-NF 077069742 - 12/09/19				0,54				
TOTAL DA FATURA				148,42				
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
128,76	25,00	32,19	128,76	1,29	1,66	128,76	5,95	7,66

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933000		kWh
OUT 19		151	
SET 19		108	
AGO 19		132	
JUL 19		122	
JUN 19		148	
MAI 19		182	
ABR 19		162	
MAR 19		163	
FEV 19		166	
JAN 19		151	
DEZ 18		175	
NOV 18		155	
OUT 18		148	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	40,74	31,64
Transmissão	4,47	3,47
Distribuição (Celpe)	27,13	21,07
Encargos Setoriais	6,38	4,95
Tributos	41,50	32,24
Perdas de Energia	8,54	6,63
TOTAL	128,76	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
H78043	CAT	12/09/2019	29.915,00	15/10/2019	30.066,00	33	1,00000	0,00	151,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/11/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
ago/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	TABATINGA	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 45,05					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO									
Pague no ponto mais perto de você! ane hortfruit: r. antonio pereira de lucana joao paulo ii / lela novidades: avenida da chef timbiLista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br . Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. "Unidade com impedimento à leitura do medidor sujeita à suspensão do fornecimento de energia. Res.ANEEL 414/10." O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Consumo Estimado - Local Fechado Ocupado Medidor/Display Interno.		<table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th><th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr> <tr> <td></td><td>MÍNIMO</td><td>MÁXIMO</td></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)										
	MÍNIMO	MÁXIMO									
220	202	231									
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA									

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007013496433	10/2019	148,42	23/10/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=18&CODIGO=29636>

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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gielle Valença de Medeiros

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 633.249.034 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Adeildo Amigão de Souza Inscrito (a) no CPF sob o nº 047.639.534 / 86

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Adeildo Amigão de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o nº 047.639.534 / 86, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Francisco Sales</u>	Número: <u>105</u>	Complemento: <u>104</u>
Bairro: <u>Ilha do Leite</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>50070-490</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data: Recife, 14 de Outubro, 2019

Assinatura do Declarante

DLDR.L001 Y001/2017





Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 076.11.2016
EM: 16.11.2016

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **ADEILDO APRÍGIO DE SOUZA**, portador do Documento de Identidade nº **6227574** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **047.639.534-86**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-244571**, que no dia 21 de outubro de 2016, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo bicicleta e moto, por volta das 21h30, na Avenida Caxangá - Cordeiro, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital da Restauração, Recife, 16 de novembro de 2016.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1563813

Nome: MELDO MIGLIO DE SOUZA

Foi atendido às 22:27 hs. do dia 21 / 10 / 2016

Diagnóstico Provável: FRATURA DOS OSSOS DO ALCEBULO
+ FRATURA DE METACARPO DE MÃO DIREITA POR
ACIDENTE MOTOCICLISTA, CID R. 552 + 562

Tratamento Realizado: FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSO EM
PERÍCARPO + FIO IL EM PERICARPO DIREITO NA EMERGÊNCIA

Observação: ① Alta da emergência dia 25.10.16
② Retorno ao Amb de Traço posto às 15:00hs
③ Atendimento das Atividades Laborais por 30 Dias

Cópia de: _____

Médico - CRM Nº _____

Dr. Luiz Velde
Traumato / Ortopedia
CRM - PE 74224

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086

