



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                 |
|--|---|
| <b>ADEILDO APRIGIO DE SOUZA (AUTOR)</b>                          | <b>GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)</b> |
| <b>SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (RÉU)</b> |   |

**Documentos**

| Id.          | Data da Assinatura | Documento                                     | Tipo           |
|--------------|--------------------|---|----------------|
| 57219<br>695 | 31/01/2020 11:14   | <a href="#"><u>2688741_CONTESTACAO_01</u></a> | 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 nexo 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.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 11:14:43  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001311144331100000056283829>  
Número do documento: 2001311144331100000056283829

Num. 57219695 - Pág. 1

Cumpre 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 descharacteriza 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/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 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.

---

<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;



## 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, CPC<sup>3</sup>.

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

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

### DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

#### AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS

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

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

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

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

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

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

---

<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)



## DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontrovertido 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   |  |  | Seguradora LÍDER<br>Administradora do Seguro DPVAT |                       |
|---|--|--|--|-----------------------|
| <b>DADOS DO SINISTRO</b>  |  |  |  |                       |
| Número: 3190583259  | Cidade: Recife                               | Natureza: Invalidez Permanente                       |  |                       |
| Vítima: ADEILDO APRIGIO DE SOUZA  | Data do acidente: 21/10/2016                 | Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA         |  |                       |
| <b>PARECER</b>  |  |  |  |                       |
| <b>Diagnóstico:</b> FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO E FRATURA DA BASE DO 1º METACARPO DIREITO (POLEGAR)   |  |  |  |                       |
| <b>Descrição do exame</b> AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DA PRONOSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO, FLEXO-EXTENSÃO FÍSICO: DO PUNHO E OPONÊNCIA DO POLEGAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. |  |  |  |                       |
| <b>Resultados terapêuticos:</b> CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS COM ALINHAMENTO ANATOMICO E REABILITAÇÃO SATISFATORIAS.   |  |  |  |                       |
| <b>Sequelas permanentes:</b> LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO  |  |  |  |                       |
| <b>Sequelas:</b> Com sequela  |  |  |  |                       |
| <b>Data do exame físico:</b> 04/11/2019   |  |  |  |                       |
| <b>Conduta mantida:</b>   |  |  |  |                       |
| <b>Observações:</b>   |  |  |  |                       |
| <b>DANOS</b>  |  |  |  |                       |
| 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."*



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 desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vínculo 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 ressalvar 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 CONSÓRCIOS 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 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;

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 (NOVECENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

<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 da 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 Sumula 474 do STJ.**

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

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 11:14:43  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013111144331100000056283829>  
Número do documento: 20013111144331100000056283829

Num. 57219695 - Pág. 8

### **QUESITOS DA RÉ**

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 11:14:43  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013111144331100000056283829>  
Número do documento: 20013111144331100000056283829

Num. 57219695 - Pág. 9

**TABELA DE GRAADAÇÃO**

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 11:14:43  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013111144331100000056283829>  
 Número do documento: 20013111144331100000056283829

Num. 57219695 - Pág. 10

## 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 11:14:43  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013111144331100000056283829>  
Número do documento: 20013111144331100000056283829

Num. 57219695 - Pág. 11



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**

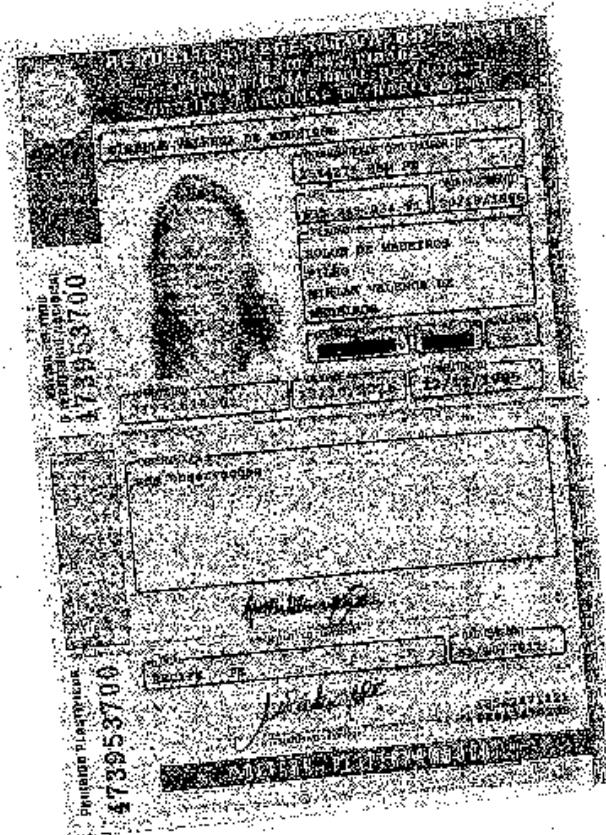
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| 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               |
|--------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|
| 57219<br>697 | 31/01/2020 11:14   | <a href="#"><u>ANEXO 1</u></a> | Outros (Documento) |





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 11:14:43  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001311144343100000056283831>  
Número do documento: 2001311144343100000056283831

Num. 57219697 - Pág. 2

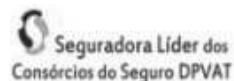


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 11:14:43  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013111144343100000056283831>  
Número do documento: 20013111144343100000056283831

Num. 57219697 - Pág. 3



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357215/19

**Vítima:** ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

**CPF:** 047.639.534-86

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/10/2016

**Titular do CPF:** ADEILDO APRIGIO DE SOUZA

**Seguradora:** INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### 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](http://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-EXTENSÃO DO PUNHO E OPOSIÇÃO 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            |
| <b>Total</b>  |  |  | <b>7 %</b> | <b>R\$ 945,00</b>     |



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

---

Rio de Janeiro, 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 entrega 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

Carta nº 14969615

Pag. 00055/00056 - carta\_03 - INVALIDEZ



00070028



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

Num. 57219697 - Pág. 9



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

---

Rio de Janeiro, 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, contados 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



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

---

Rio de Janeiro, 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



Carta nº 14997398



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

Num. 57219697 - Pág. 11



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

---

Rio de Janeiro, 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





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

Rio de Janeiro, 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**

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:  $7,00\% \times 13.500,00 =$  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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190583259      **Cidade:** Recife  
**Vítima:** ADEILDO APRIGIO DE SOUZA      **Data do acidente:** 21/10/2016  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**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** AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DA PRONOSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO, FLEXO-EXTENSÃO FÍSICO: DO PUNHO E OPOENÊNCIA 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            |
| <b>Total</b>  |  |  | <b>7 %</b> | <b>R\$ 945,00</b>     |





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

**1047.639.534-86 ADEILDO APRIGIO DC SOUZA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: **ADEILDO APRIGIO DC 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: **DA MARAGIBA** 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:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00      | <input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> RS1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.001,00       |

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Nesta é uma opção):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (caso os bancos):

Name do BANCO: **SANTANDER**

AGÊNCIA: **3009** CONTA: **01090 406 3**

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/cembalo do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, recorrendo a dano, desde já e sumamente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 22 - DECLARAÇÃO DE AusÉNCIA 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 6.194/74). Una vez que:

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

Selecione 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, ressaltando, desde já, em me submeter à análise médica, caso necessário, o, às custas da Seguradora Lider 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:  Carioca  Rio Grande do Sul  Minas Gerais  Espírito Santo  Pernambuco

24 - Grau de Parentesco com a vítima: 25 - Vítima de seu companheiro(a): 26 - Se a vítima deixou companheiro(a), Informar o nome completo:

27 - Vítima:  Sim 28 - Se tinha filhos, informar quantos filhos:  Vivos:  Falecidos: 29 - Vítima deixou pais/vizinhos:  Sim 30 - Vítima deixou pais/vizinhos:  Não 31 - Vítima:  Sim 32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos:  Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vizinhos:  Sim 34 - Vítima:  Não 35 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos:  Vivos:  Falecidos: 36 - Vítima deixou pais/vizinhos:  Sim 37 - Vítima deixou pais/vizinhos:  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidas, a indenização do Seguro DPVAT por morte de quaisquer beneficiários que se apossarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que caso querer omitir a declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento ao valor recebido, a fim do responsável civil por infração do artigo 290 do Código Penal.

38 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 39 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 40 - Local e Data: RECIFE, 14 de Outubro 2019  
- Adelio Aprigio Souza

41 - Assinatura do Vítima/Beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**1047.639.534-86 ADEILDO APRIGIO DC SOUZA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: **ADEILDO APRIGIO DC 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: **DA MARAGIBA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **54771-700**  
 15 - E-mail: **81983161306 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:

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00      | <input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> RS1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.001,00       |

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Nesta é uma opção):  CONTA CORRENTE (cada banco)

Bradesco (237)  Itaú (341)

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

Name do BANCO: **SANTANDER**

AGÊNCIA: **3009** CONTA: **01090 406 3**

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/cembalo do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, recorrendo a dano, desde já e sumamente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 22 - DECLARAÇÃO DE AusÉNCIA 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 6.194/74). Una vez que:

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

Selecione 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, ressaltando, desde já, em me submeter à análise médica, caso necessário, o, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa previsão concedêrnia 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:  Carioca  Rio Grande do Sul  Minas Gerais  Espírito Santo  Pernambuco

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  Sim 29 - Se tinha filhos, informar  teve filhos?  Não 30 - Vítima deixou  Sim 31 - Vítima  Sim 32 - Se tinha irmãos, informar  teve irmãos?  Não 33 - Vítima deixou  Sim 34 - Vítima  Vivos:  Falecidos:  Nasceu, já nasceu?  Não  teve irmãos?  Não  Vivos:  Falecidos:  País/énd. vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidas, a indenização do Seguro DPVAT por morte de quaisquer beneficiários que se apossarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que caso querer omitir a declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento ao valor recebido, a fim do responsável civil por infração do artigo 290 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):  
 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **RECIFE 14 de Outubro 2019**

**Adelio Aprigio Souza**

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  
 FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

TESTEMUNHAS





## 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:<br><b>ADEILDO APRIGIO DE SOUZA</b> | 6 - CPF:<br><b>047.639.534-86</b>     |                                       |                               |
| 7 - Profissão:<br><b>CARPinteiro</b>                  | 8 - Endereço:<br><b>RUA ACARI</b>     | 9 - Número:<br><b>063</b>             | 10 - Complemento:<br><b></b>  |
| 11 - Bairro:<br><b>ALBERTO MAIA</b>                   | 12 - Cidade:<br><b>CAMARAGIBE</b>     | 13 - Estado:<br><b>PE</b>             | 14 - CEP:<br><b>54771-700</b> |
| 15 - E-mail:<br><b></b>                               | 16 - Tel (DDD):<br><b>81983161306</b> | 17 - Tel (DDD):<br><b>81983161306</b> |                               |

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

AGÊNCIA: 3909

CONTA: 01090 406 3 (Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO: SANTANDER

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

|                          |                                   |                                       |                                     |   |                                |                                      |
|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| 23 - Estado<br>do Brasil | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado Civil | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado judicialmente | <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data de<br>nascimento 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?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar<br>Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou<br>nascituro (velhozinho)?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar<br>Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou<br>pais/avós vivos?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não |
|--|---|---|--|---|--|

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RECIFE 14 DE OUTUBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



CAIXAS ELETRONICOS 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: 3989 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 INSTRUICOES DE USO CONTIDAS NO VERSO  
DO ENVELOPE.

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

-----  
ACESSO 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 RÁDIO 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-EXTENSÃO DO PUNHO E OPONÊNCIA 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:

**DEFICT 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"  "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias  
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

**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):

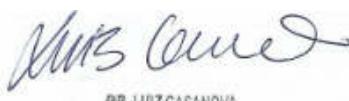
% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

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 CASANDRA  
Médico  
CRM: 17761



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

Num. 57219697 - Pág. 19



553468

035 7215119

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ºCIRC  
DIM/2ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **16E0096006423**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/10/2016** às **08:30**

Complementa o BO Número: **16E0096006421**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 PÚBLICA**

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), 04763953486 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **CARPINTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 984135702**

Endereço Residencial: **RUA ACARI, 63 - 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)** do proprietário 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)**



Descrição: **MOTOCICLETA DE PLACA PDL9808**

**BICICLETA (ESPORTE / LAZER / AFINS)** do proprietário do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

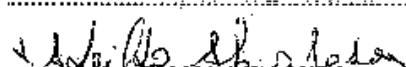
Categoria/Marca/Modelo: **BICICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**ADEILDO APRIGIO DE SOUZA** COMPARCEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA 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 N° 1363813. INFORMA TAMBÉM QUE DEVIDO A LESÃO NA MÃO DIREITA ESTÁ IMPOSSIBILITADO DE ASSINAR O BOLETIM DE OCREÊNCIA, SENDO COMPROVADA A SUA PRESENÇA NO ATO DO REGISTRO DO RÉFERIDO BOLETIM COM A COLOCAÇÃO DA SUA IMPRESSÃO DIGITAL NO LOCAL DA ASSINATURA.

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

  
**ADEILDO APRIGIO DE SOUZA**  
(VITIMA)

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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

1047.639.534-86 ADELILDO APRIGIO DC SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

ADELILDO APRIGIO DC SOUZA 047.639.534-86 CARPinteIRO | RUA ACARI 063

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

ALBERTO MAIA CAMARAGibe PE 5471-700

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 17 - Tel. (DDD): 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:

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00      | <input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> RS1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.001,00       |

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Nesta é uma opção):  CONTA CORRENTE (cada banco)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

Name do BANCO: SANTANDER

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

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

### 22 - DECLARAÇÃO DE AusÉNCIA 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 6.194/74). Una vez que:

- Não há IML que atenda a regras do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regras 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, ressaltando, desde já, em me submeter à análise médica, caso necessário, o, às custas da Seguradora Lider 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:  Cônjuges:  Filhos:  Irmãos:  Parentais:  Irmãos de casado:  Irmãos de solteiro:  Irmãos de viúvo:  Irmãos de separado:

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:  Sim 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Não 30 - Vítima deixou:  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou:  Sim  Não pais/vôis vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidas, a indenização do Seguro DPVAT por morte de quaisquer beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que caso querer omitir ou declarar falso a declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento ao valor recebido, a fim do responsável civil por infração do artigo 290 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RECIFE, 14 de outubro de 2019  
Assinatura do declarante: Adelildo Aprigio Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS





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

*Sérgio 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



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

Num. 57219697 - Pág. 24



## 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  
Ouvíndia 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

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ACARI 63  
ALBERTO MAIA/CAMARAGIBE  
54771-700 CAMARAGIBE PE

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

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**

CLASSIFICAÇÃO  
**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL**  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO  
**EEC0.D0E5.DD93.666B.1025.E38D.FFB4.C050**

## DESCRÍÇÃO 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          |
|  |            |            |               |
|  |            |            |               |
|  |            |            |               |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |            | <b>148,42</b> |

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS            | PIS   | COFINS           |                 |      |                   |                 |      |                  |
|-----------------|-------|------------------|-----------------|------|-------------------|-----------------|------|------------------|
| BASE DE CÁLCULO | %     | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPPOSTO | 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        | OUT 19               | 151 |
| SET 19             | 108        | SET 19               | 108 |
| AGO 19             | 132        | AGO 19               | 132 |
| JUL 19             | 122        | JUL 19               | 122 |
| JUN 19             | 148        | JUN 19               | 148 |
| MAI 19             | 182        | MAI 19               | 182 |
| ABR 19             | 162        | ABR 19               | 162 |
| MAR 19             | 163        | MAR 19               | 163 |
| FEV 19             | 166        | FEV 19               | 166 |
| JAN 19             | 151        | JAN 19               | 151 |
| DEZ 18             | 175        | DEZ 18               | 175 |
| NOV 18             | 155        | NOV 18               | 155 |
| OUT 18             | 148        | OUT 18               | 148 |

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR   | ATUAL     | Nº DIAS    | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh          |
|-------------------|----------------|------------|-----------|------------|-----------|--------|----------------------|
|                   |                | DATA       | LEITURA   | DATA       | LEITURA   |        |                      |
| H78043            | CAT            | 12/09/2019 | 29.915,00 | 15/10/2019 | 30.066,00 | 33     | 1.000000 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

Pague no ponto mais perto de você! anne hortfruit: r. antonio pereira de lucana joao paulo ii / leia novidades: avenida da chesf timbí lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)." Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://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.

## NÍVEIS DE TENSÃO

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

## 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.<br>Este canhoto será usado em leitora ótica. |

838800000011 484200110078 013496433107 142389632432



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](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 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 Ouvidora: 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adeilde Valenca de Medeiros

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

Adeilde Valenca de Souza Inscrito (a) no CPF sob o N° 047.639.534-86

do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Adeilde Valenca de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o N° 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.

|  |                   |                       |
|--|-------------------|-----------------------|
| Enderço:   | Número:           | Complemento:          |
| <u>Rua Francisco Sales</u>                         | <u>105</u>        | <u>104</u>            |
| Bairro: <u>Vila do Leite</u> Cidade: <u>Recife</u> | Estado: <u>PE</u> | CEP: <u>50070-490</u> |

Local e Data: Recife, 14 de Outubro, 2019

Assinatura do Declarante





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

*Sérgio 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: José Alígio De Souza

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

Diagnóstico Proável: Fratura Das Ossas Do Metatarso + Fratura Do Metatarso Do Pé Direito Por Acidente Motociclista. Cid B52 + G62

Tratamento Realizado: Fractura Das Ossas Do Metatarso + Fratura Do Metatarso Do Pé Direito. No entanto

Observação: ① Fim Da Consulta Dia 25/10/16

② Retirada Do Fim De Trago Justo 186 1500g

③ Abandono Das Fraturas Metatarsais Por Rápidas

Cópia de:

Médico - CRM Nº

*Dr. Luiz Velloz*  
Prazer / Ortopedia  
CPL - PE 2024

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à 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

