



Número: **0089835-98.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALEX SILVA DO NASCIMENTO (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57295 308	03/02/2020 10:54	<u>2688835_CONTESTACAO_03</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 33ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00898359820198172001

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."

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **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 **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**, 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 **09/09/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 15/09/2017.

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 as lesões acometidas à parte autora tenham decorrido do acidente alegado.

Nota-se que a parte autora apresenta aos autos boletim de ocorrência e alguns documentos médicos completamente ilegíveis, sendo impossível verificar os dados informados nos referidos documentos.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310541974000000056357044>
Número do documento: 20020310541974000000056357044

Num. 57295308 - 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\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA

FALTA DE PROCURAÇÃO ATUALIZADA NOS AUTOS

Verifica-se que a parte autora apresenta procuração totalmente desatualizada aos autos, violando a regra esculpida no art. 104 do CPC.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

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

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



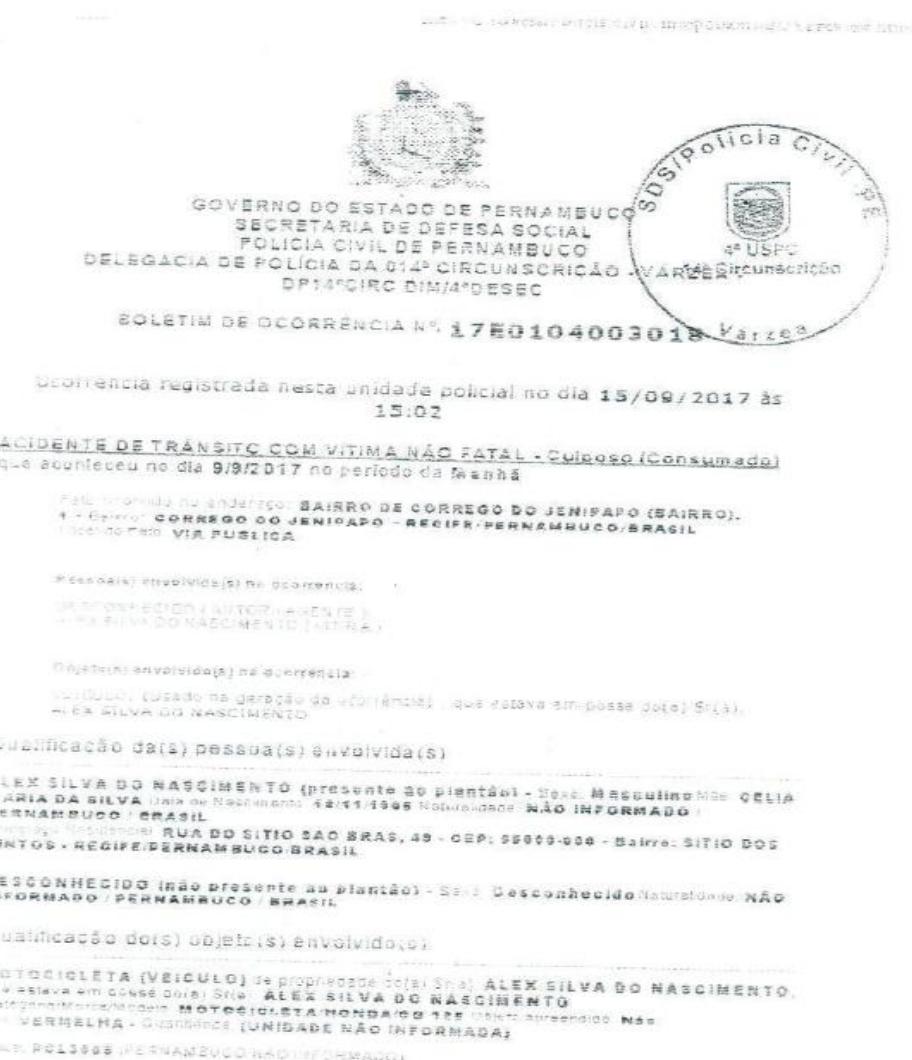
Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

DA INÉPCIA DA INICIAL

DOCUMENTOS ILEGÍVEIS

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que verifica-se a existência de documentos ilegíveis.



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 - 03/02/2020 10:54:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310541974000000056357044>
Número do documento: 20020310541974000000056357044

Num. 57295308 - Pág. 3

Complemento / Observação

QUE A VITIMA VINHA TRAFEGANDO EM SUA MOTOCICLETA, NO SENTIDO DOIS IRMÃOS, QUANDO FOI TRANGADO POR OUTRA MOTOCICLETA, BATENDO NO MESMO, A VITIMA FOI SOCORRIDO PARA UPA DA CAXANGA.

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

ALEX SILVA DO NASCIMENTO
(VITIMA)

SOC RECEBIDO POR RINALDO ANDRADE FILHO - MATRÍCULA 381.188-2



UPA 24h UPA CAXANGA 24h UPA 24h		UPA 24h UPA CAXANGA 24h UPA 24h	
Clayson Santos		Unidade de Pronto Atendimento	
Arcoverde - Mai 1984		CAXANGA	
UF: Pernambuco	Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO	Colaborador: ANDRADE	555-3117
Data de Atendimento: 09/09/2017	Hora: 13:08:52	PRONTUARIO: 117560	
Nº. Atendimento: 1064580	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Colaborador: ANDRADE	
Nome: ALEX SILVA DO NASCIMENTO		Sexo: M	
Data de Nascimento: 18/11/1985	Idade: 21 Anos, 8 Meses e 22 Dias	C.I.:	
País ou responsáveis: CELIA MARIA DA SILVA			
Endereço: BARAO DO CABIBARIBE, 47 - SITIO DOS PINTOS - 52171160			
Cidade: RECIFE	Tel: 81 987277458		
Hora do Atendimento:	Hs	Peso:	Kg
QPD / HDA:	Queso corte de lata de sabor de mao com leite em manteiga		
EXAME FÍSICO:	Ano de 2017, no dia 09/09/2017		
DIAGNÓSTICO:	Tremor, em meia luna		
CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO:	Inhalar		
EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:	Cuidado de ferida		
*Desfecho do Paciente: ()Alta para casa ()Ecaminamento ao Ambulatório ()Internamento ()Transferência para outra Unidade ()Obito ()Outro:			
*Condição de Saúde do Paciente: ()Melhorado ()Ajustado ()Piorado			
Transferido para o Hospital Geral Data: 09/09/17 Hora: 13:20			
Assinatura: Dr. Mário Mendes da Cunha Ortoped - Traumatolog CNPJ: 35.355			
Médico - Carlimbo e Assinatura			



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 27/12/2019 10:30:15

Nº 57295308

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 - 03/02/2020 10:54:19
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310541974000000056357044
Número do documento: 20020310541974000000056357044

Num. 57295308 - Pág. 4

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto que o autor juntou aos autos documentos exigíveis totalmente ilegíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DA ILEGIBILIDADE DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

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

Conforme demonstrado acima, se verifica a ilegibilidade do boletim de ocorrência, não podendo, assim, compreender os dados constantes no referido documento.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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

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

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

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

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

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML.

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



- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito⁴**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Consoante já supracitado, a parte autora apresenta boletim de ocorrência e alguns boletins médicos ilegíveis, sendo, portanto, impossível se verificar a presença de nexo causal entre o suposto acidente e as lesões alegadas na exordial.

Ademais, os boletins médicos que se encontram legíveis, não atestam que o atendimento tenha decorrido do sinistro aduzido.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

Portanto, como não há nexo de 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, inciso I, da Lei Processual Civil.

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\$ 675,00 (seiscientos e setenta 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:

⁴**SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO.** Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT.(TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

⁵**APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPÓSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO.** 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170616208 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ALEX SILVA DO NASCIMENTO Data do acidente: 09/09/2017 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do 5º quirodáctilo direito.

Descrição do exame Vítima refere perda da força do 5º quirodáctilo direito. Ao exame, apresenta limitação da flexo extensão do 5º médico pericial: quirodáctilo direito.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, limpeza, redução e fixação por 2 fios de kirschner. Realizou fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

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 a 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.

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 - 03/02/2020 10:54:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310541974000000056357044>
Número do documento: 20020310541974000000056357044

Num. 57295308 - Pág. 7

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\$ 675,00 (seiscentos e setenta 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 09/09/2017. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), conforme demonstrado abaixo:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/02/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ALEX SILVA DO NASCIMENTO

BANCO: 104
AGÊNCIA: 01030
CONTA: 000000064659-6

Nr. da Autenticação F64423E2960C3E37

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 parciais⁶.

⁶ 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

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



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 STJ⁷.

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\$ 675,00 (SEISCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

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 citação⁸.

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 ação⁹

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.

⁷Súmula 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.”

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”



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

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

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.

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

⁹art. 1º. (...)

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



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, 31 de janeiro de 2020.

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310541974000000056357044>
Número do documento: 20020310541974000000056357044

Num. 57295308 - Pág. 11

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310541974000000056357044>
Número do documento: 20020310541974000000056357044

Num. 57295308 - Pág. 12

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310541974000000056357044>
 Número do documento: 20020310541974000000056357044

Num. 57295308 - Pág. 13

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**, em curso perante a **33ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00898359820198172001.

Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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



Assinado eletronicamente por: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** - 03/02/2020 10:54:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310541974000000056357044>
Número do documento: 20020310541974000000056357044

Num. 57295308 - Pág. 14



Número: **0089835-98.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALEX SILVA DO NASCIMENTO (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57295 309	03/02/2020 10:54	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

IIPA GAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 09/09/2017 12:50

Nome Paciente:	ALEX SILVA DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:	*
Data de Nascimento:	18/11/1995
Sexo:	Masculino
Idade:	21
Senha:	OR0029
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 09/09/2017 13:06 - 09/09/2017 13:08

KILMA ALVES FERREIRA - COREN: 010021 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO: 13.06

Prioridades:

For:

Queixa Principal: **RELATO DE ROR EM 5º ODE APÓS TRAUMA (ACIDENTE DE MOTO)**

Observações: **NEHGA HAS E DIV**

Observação:

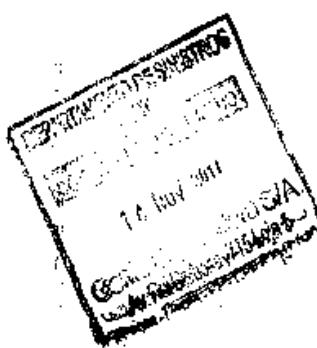
Fluxograma sintoma: FERIDAS E ABSCESSOS

Discriminadores: - FERIDA COM SANGRAMENTO COMPRESSIVEL

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG

- P.A.DISTOLICA: 70.00 MM/HG



Acolhido(a) por: KILMA ALVES FERREIRA - COREN: 010021 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/09/2017 13:08

Sistema de Acolhimento CRM: Classificação de Risco

Página 1 de 1





PERNAMBUCO
ESTADO DO



Alex. Silva do
Nascimento

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

UPA CAXANGÁ 24 HS
Claydson Santos
Araújo - Mai. 1984

Hospital Inf.
Maria Lucim
Fundação Memorial da Serra A

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho () SENHA 525258

Nome do Paciente: Alex. Silva do Nascimento IDENTIFICAÇÃO
Idade: 21
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão) Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso do cinto: S() N()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Furnaça/Choque Elétrico ()
Quelmaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura ()
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo: _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do trauma: () Impacto Frontal () Impacto lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: início de náuseas. de geadas de
desde ontem à noite. de 50%.

Hipótese Diagnóstica: gastro operado de 50%.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X
Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S() N()
Sibilos Expiatórios: S() N() BAN: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/ Estridor: S() N()
Distúrbio: Fala/Choro: S() N()
Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de Face: S() N() Retratação Xítioide: S() N()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada() Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arrítmico () Fisiiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

FR:RN 35-50
< 1 ano 30-50
Criança 20-30
Adulto 12-30

FR:RN 120-180
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

SUMÁRIO DE ALTA

NAME:

alex. Sibô do Navarro 02 (DUAS) VIAS

NAME DA MÃE:

CLÍNICA:

DAKbedo

ENFERMAGEM

LEITO:

Nº DO REGISTRO:

10621120

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

PESO:

ALTURA:

SENO:

F:

M:

AB

MOTIVO DA ADMISSÃO (DESCRIÇÃO TÍPICA, CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

Fratura exposto 5º Qd

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

Cirurgia

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: 10/9/17

DATA DA ALTA: 11/9/17

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CRM:

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

CÓD.	EQUIPE	NAME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESESTIA		
5	CLÍNICO		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
 DIÁRIA DE UTI
 MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

NUTRIÇÃO PARENTERAL
 USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
 USO DE OXIGÉNIO

USO DE CINTURAS E PRÓTESES
 HEMODIALESE

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPEUTICOS REALIZADOS

Fratura exposto 5º Qd

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

redu. Retorno com 4 dias

CONDICÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA: DURADO MELHORADO TRANSFERÊNCIA
 OUTROS:

CRM:

IML

SVI

SD

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:

OBSERVAÇÃO: Envie ao Faturamento com todos os dados identificantes presentes no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

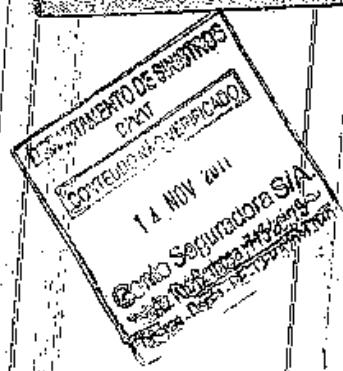
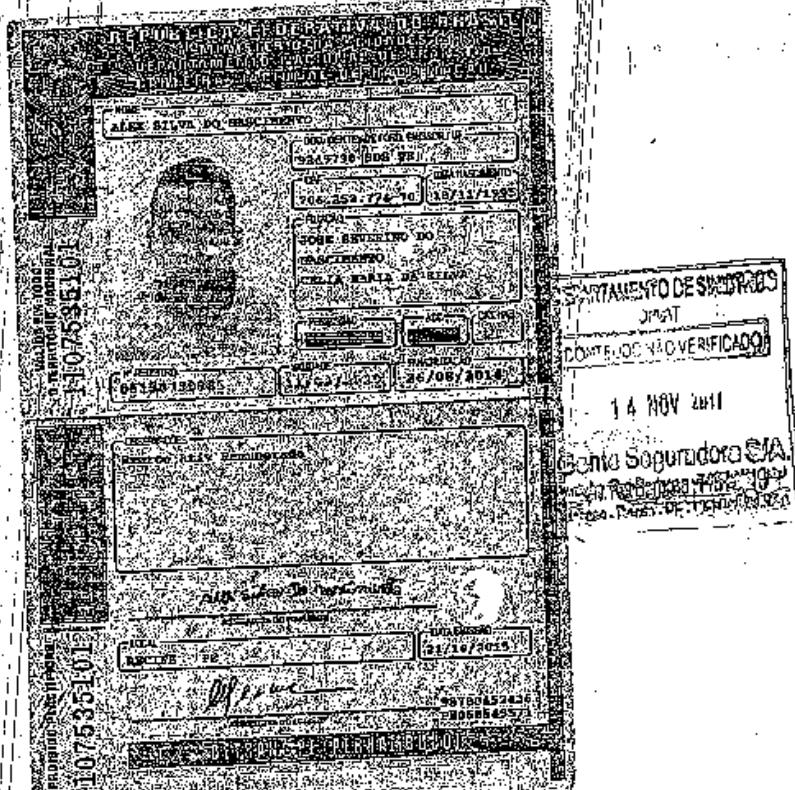
Dr. Carlos R. P. Rihan
Ortopedia- traumatologia
CRM 15.483

ASSINATURA DO FATURAMENTO
ASSINATURA DO DIRETOR

10/9/17
DATA

GV 1010 V.1.2013



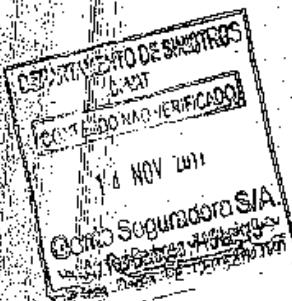


2082533542

018-9733-2470-32

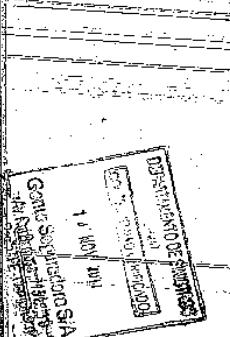
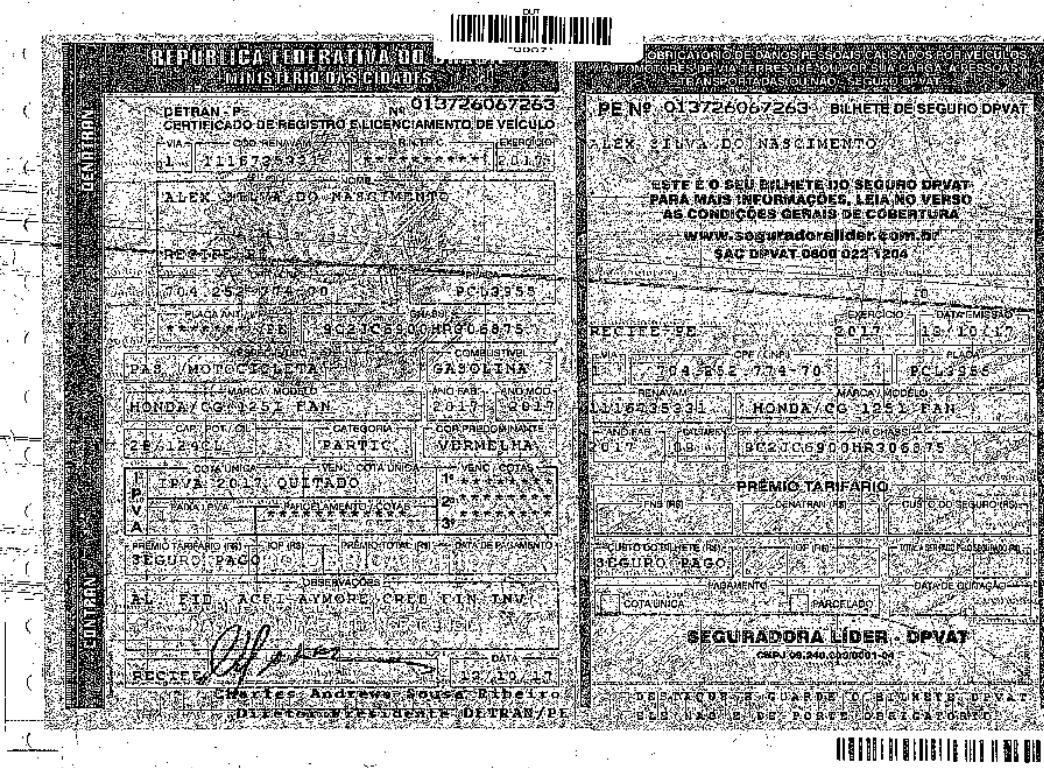
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:20
<https://pjje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002031054199330000056357045>
Número do documento: 2002031054199330000056357045

Num. 57295309 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:20
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310541993300000056357045>
Número do documento: 20020310541993300000056357045

Num. 57295309 - Pág. 5



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170616208 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 09/09/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de 5º QDD submetido a tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Sinistro indefinido, com menos de 90 dias, sem prognóstico.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170616208 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 09/09/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de 5º QDD submetido a tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

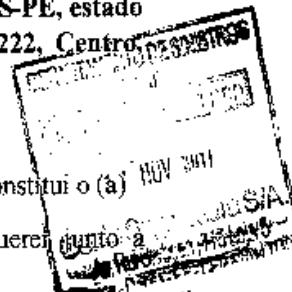


PROCURAÇÃO



Outorgante: Alex Silveira do Nascimento, Brasileiro(a), estado Civil Solteiro, profissão MN. Pre. Dis. L., residente e domiciliado à Rua BANDEIRANTE, nº 95, bairro. Bois Timbaúba, Municipio de: Recife, Estado PE, Cep: 52.171-160, Rg nº 9299790, órgão emissor SDS-PE e CPF nº 321.252.779-70

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço na Rua: Vigario Henrique, 222, Centro, Timbaúba -PE.



Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)

Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto a qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Alex Silveira do Nascimento, ocorrido em 09/09/2011, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

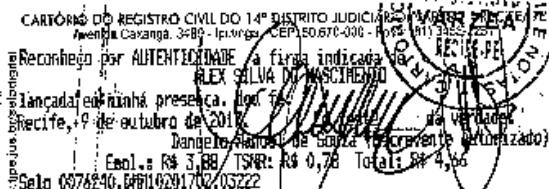
Podendo o(a)dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Refile AD, de 10 de 2016.

Alex Silveira do Nascimento

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3170616208**
Vitima: **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **09/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **AYANE KARLA GUEDES PEREIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170616208**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12002596



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3170616208**

Vitima: **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **09/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **AYANE KARLA GUEDES PEREIRA**

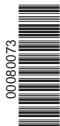
Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170616208**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 00145/00146 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 12034522

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:20
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310541993300000056357045>
Número do documento: 20020310541993300000056357045

Num. 57295309 - Pág. 11

Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**

Sinistro: 3170616208
Vítima: ALEX SILVA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 09/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170616208** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12370811

A/C: ALEX SILVA DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3170616208
Vitima: ALEX SILVA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 09/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ALEX SILVA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000001030

Conta: 000000064659-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	675,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =

R\$ 675,00

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170616208 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 09/09/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do 5º quirodáctilo direito.

Descrição do exame Vítima refere perda da força do 5º quirodáctilo direito. Ao exame, apresenta limitação da flexo extensão do 5º
médico pericial: quirodáctilo direito.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, limpeza, redução e fixação por 2 fios de kirschner. Realizou fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:20
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310541993300000056357045>
Número do documento: 20020310541993300000056357045

Num. 57295309 - Pág. 14



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CRÉDITO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradorailder.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL CPF da vítima Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Alex Silva do Nascimento	CPF titular da conta	4009-2587-4470-00	Profissão	Funcionário
Endereço	Rua Nobre Lepitávise	Número	215	Complemento	—
Bairro	Sítio dos Leitões	Cidade	Barreiro	Estado	Per
Email	mavenerio88@gmail.com			CEP	62110-160
				Telefone (DDD)	181984237824

Declaro sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora (CIA/CDP/VAI), residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR SEM PUNDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (todos os bancos)
[] BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
[] SANTANDER (001) BANCO NACIONAL (001) BANCO MELLON (001)

AGÊNCIA NRO.	DIV.	CONTA NRO.	DIV.
AC3C		00064659	6

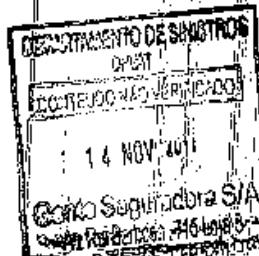
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou clara quitação do valor incenziado.

Peife 18 de Outubro de 1967

Figure 1b. Variation in $\delta^{13}\text{C}$ with time.

53255 2021-11-22 17:00:00





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alex Silveira do Nascimento, portador da carteira de identidade nº 92.919.790 e inscrito no CPF/MF sob o nº 1001 252 444 70, residente e domiciliado na Rua Wey. Capibaribe nº 615, Jardim das Flores, Cidade Recife, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

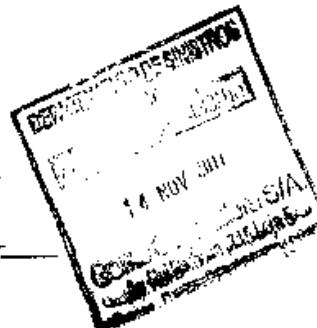
- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Alex Silveira do Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Recife, 18 de Outubro de 2014

Local e data



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: 05/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEX SILVA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01030

CONTA: 000000064659-6

Nr. da Autenticação F64423E2960C3E37



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:20
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310541993300000056357045>
Número do documento: 20020310541993300000056357045

Num. 57295309 - Pág. 18

(81) 3446.7438
(81) 99866.8833
(81) 98466 7835



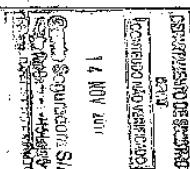
CTC RECIFE PE CIOB / COD CASA AMARELA PE

1.117/01

20026276640
ALEX S NASCIMENTO
R DOBR CAPIBARIBE 45
SITIO DOS PINTO
52171-160 RECIFE - PE



7 408288526390960000000111730180417



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310541993300000056357045>
Número do documento: 20020310541993300000056357045

Num. 57295309 - Pág. 19



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ 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, 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**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Karla Guedes P. Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009847614 / 97 na qualidade de Produtor(a) / Intermediário(a) do Beneficiário Alex Silve de Noronha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 304 252 314 / 90 do sinistro de DPVAT cobertura Guia de Viagem, da Vítima Alex Silve de Noronha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009847614 / 97, 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 Lider, que moro e residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Virgílio Henrique	Número	202
Bairro	Centro	Cidade	Armsâmba
Email		Telefone comercial (DDD)	55 870000
		Telefone celular (DDD)	

Penife 18 de Outubro de 2014
Local e Data

Antônio Karla Guedes Pereira Silva
Assinatura do Declarante





Número: **0089835-98.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALEX SILVA DO NASCIMENTO (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57295 310	03/02/2020 10:54	<u>ANEXO 2</u>	Outros (Documento)

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 09/09/2017 12:50



	Nome Paciente:	ALEX SILVA DO NASCIMENTO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	18/11/1995
	Sexo:	Masculino
	Idade:	21
	Senha:	OR0029
	Convênio:	
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 09/09/2017 13:06 - 09/09/2017 13:08

KILMA ALVES FERREIRA - COREN: 010021 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNCIA**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE DOR EM 5º QDE APÓS TRAUMA (ACIDENTE DE MOTO)

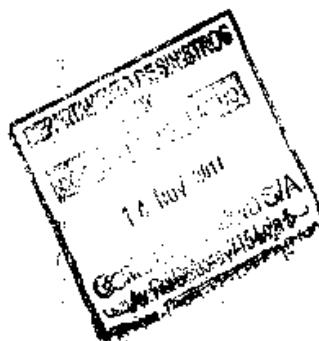
Observação: NEHGA HAS E DM
NEGA ALÉRGIAS

Fluxograma sintoma: FERIDAS E ABSCESSOS

Discriminador(es): - FERIDA COM SANGRAMENTO COMPRESSÍVEL

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MM/HG



Acolhido(a) por: KILMA ALVES FERREIRA - COREN: 010021 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/09/2017 13:08

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310542008200000056357046>
Número do documento: 20020310542008200000056357046

Num. 57295310 - Pág. 1



PERNAMBUCO
ESTADO DO



Alex. Silva do
Nascimento

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

UPA CAXANGÁ 24 HS
Claydson Santos
Araújo - Mai. 1984

Hospital Inf.
Maria Lucim
Fundação Memorial da Serra A

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho () SENHA 525258

Nome do Paciente: Alex. Silva do Nascimento IDENTIFICAÇÃO
Idade: 21
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão) Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso do cinto: S() N()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Quelmaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura ()
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo: _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do trauma: () Impacto Frontal () Impacto lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: início de náuseas. de geados de
desde ontem à noite. de 50-70m.

Hipótese Diagnóstica: gastro operado de 50-70m

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X
Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S() N()
Sibilos Expiatórios: S() N() BAN: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/ Estridor: S() N()
Distúrbio: Fala/Choro: S() N() Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de Face: S() N() Retratação Xítioide: S() N()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada() Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arrítmico () Fisiiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

FR:RN 35-50
< 1 ano 30-50
Criança 20-30
Adulto 12-30

FR:RN 120-180
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

SUMÁRIO DE ALTA

NAME:

Alex Sibô do Navarro 02 (DUAS) VIAS

NAME DA MÃE:

CLÍNICA:

DAKbedo

ENFERMAGEM

LEITO:

Nº DO REGISTRO:

1062120

DATA DE NASCIMENTO:

00/00/00

PESO:

ALTURA:

SENO:

F:

M:

AB

MOTIVO DA ADMISSÃO (DIAGNÓSTICO INICIAL CONSTATANTE NO LAUDO MÉDICO):

Fratura exposta 5º QdA

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

Cirurgia

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: 10/9/17

DATA DA ALTA: 11/9/17

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CRM:

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

CÓD.	EQUIPE	NAME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESESTIA		
5	CLÍNICO		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
 DIÁRIA DE UTI
 MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

NUTRIÇÃO PARENTERAL
 USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
 USO DE OXIGÉNIO

USO DE CINTURAS E PRÓTESES
 HEMODIALESE

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPEUTICOS REALIZADOS

Fratura exposta 5º QdA

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

reduz. Retorno com 4 dias

CONDICÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA: DURADO MELHORADO TRANSFERÊNCIA
 OUTROS:

CRM:

IML

SVI

SD

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:

OBSERVAÇÃO: Envie ao Faturamento com todos os dados identificantes presentes dentro do prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

Dr. Carlos R. P. Rihan
Ortopedia- traumatologia
CRM 15.483

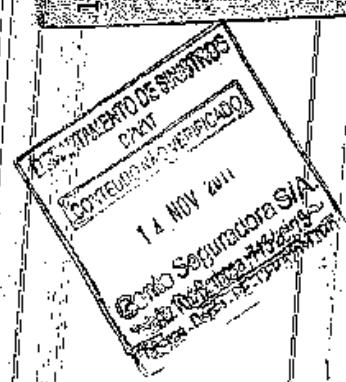
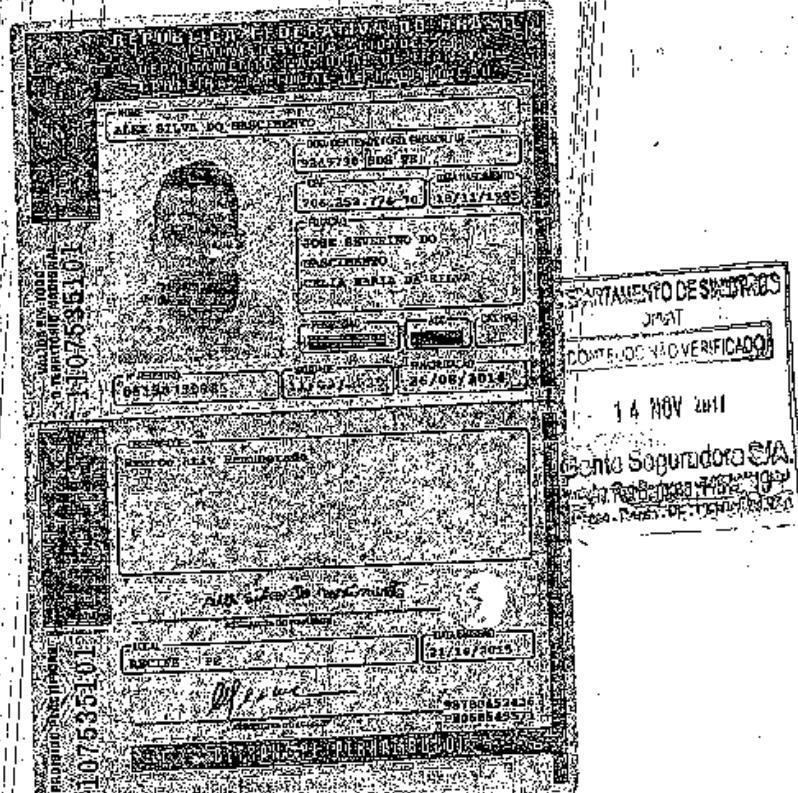
ASSINATURA DO FATURAMENTO
ASSINATURA DO DIRETOR

10/9/17

Av. General San Martin s/n - Condado
Bragança - CEP 62.630-030
Fone: (65) 34.59.68.000

GV 1010 V.1.2013

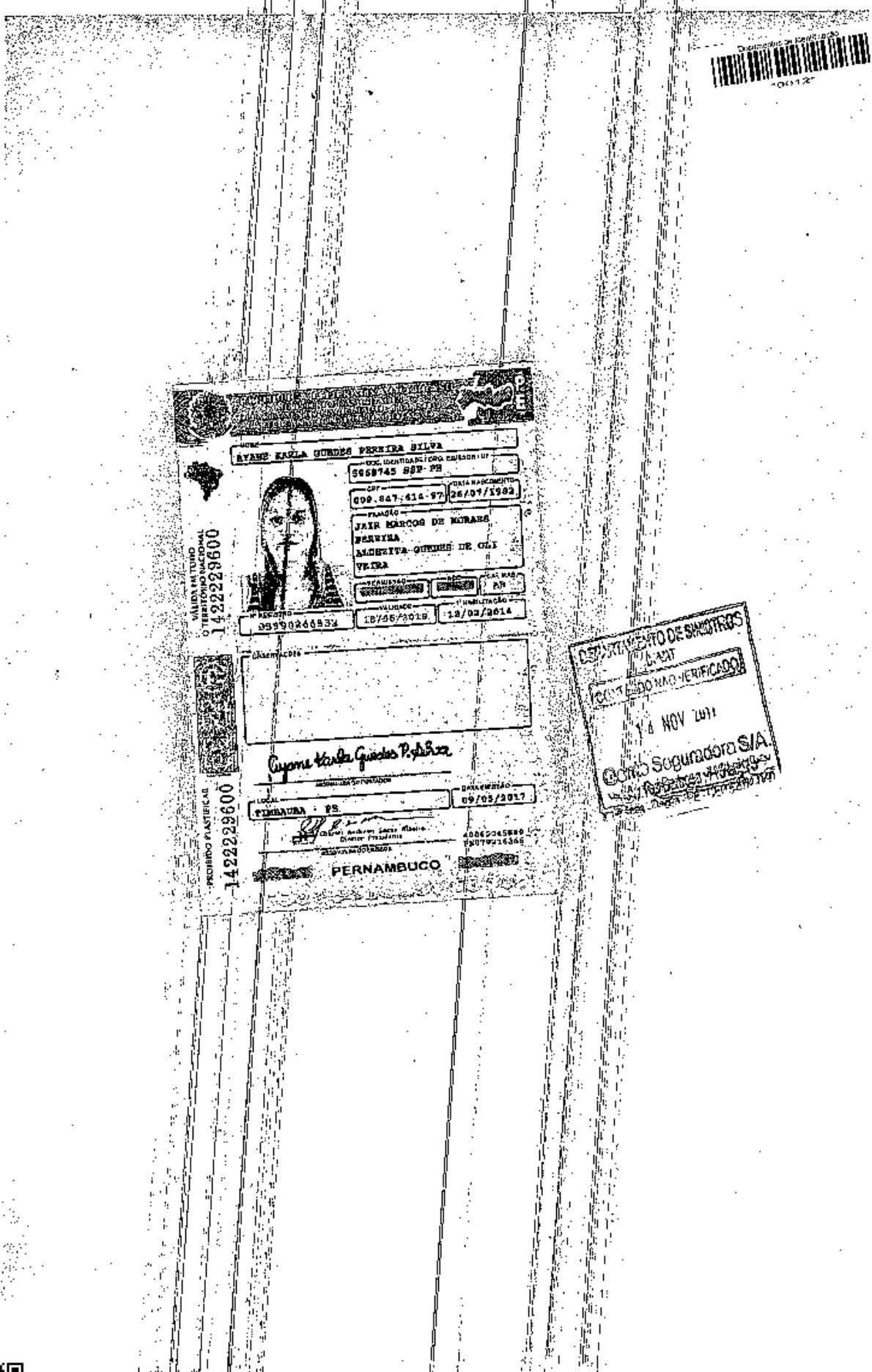


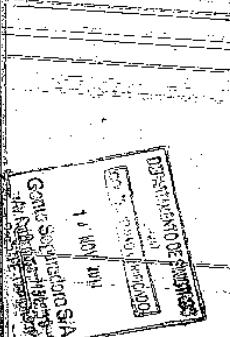
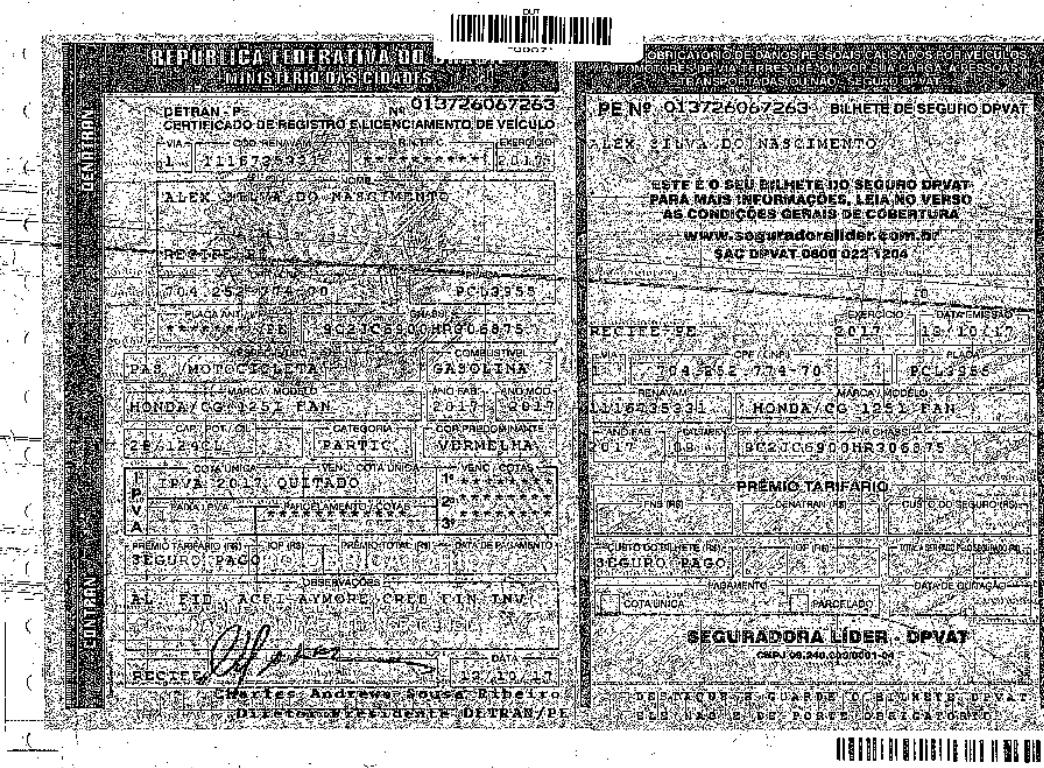


2082533542

018-9733-2470-32







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170616208 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 09/09/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de 5º QDD submetido a tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Sinistro indefinido, com menos de 90 dias, sem prognóstico.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170616208 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 09/09/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de 5º QDD submetido a tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:20
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310542008200000056357046>

Número do documento: 20020310542008200000056357046

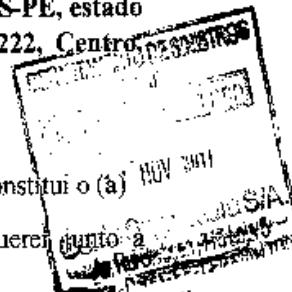
Num. 57295310 - Pág. 8

PROCURAÇÃO



Outorgante: Alex Silveira do Nascimento, Brasileiro(a), estado Civil Solteiro, profissão MN. Pre. Dis. L., residente e domiciliado à Rua BAN. DO OPORTUN. 60, nº 95, bairro Bois Jaramas, Municipio de: RECIFE, Estado PE, Cep. 52.171-160, Rg nº 9299790, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 324.252.779-70

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço na Rua: Vigario Henrique, 222, Centro, Timbaúba -PE.



Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)

Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer quanto a qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou Alex Silveira do Nascimento em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Ayane Karla Guedes Pereira Silva, ocorrido em 09/09/2011, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a)dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

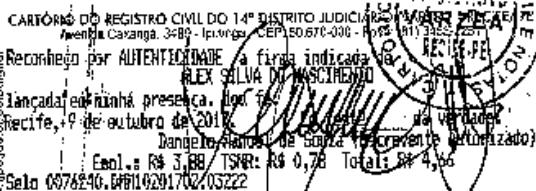
Reufile 00

, de 10 de 2016.

Alex Silveira do Nascimento

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3170616208**
Vitima: **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **09/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **AYANE KARLA GUEDES PEREIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170616208**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12002596



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3170616208**

Vitima: **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **09/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **AYANE KARLA GUEDES PEREIRA**

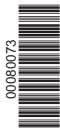
Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170616208**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 00145/00146 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 12034522

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:20
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310542008200000056357046>
Número do documento: 20020310542008200000056357046

Num. 57295310 - Pág. 11

Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ALEX SILVA DO NASCIMENTO**

Sinistro: 3170616208
Vítima: ALEX SILVA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 09/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170616208** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12370811

A/C: ALEX SILVA DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3170616208
Vitima: ALEX SILVA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 09/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ALEX SILVA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000001030

Conta: 000000064659-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	675,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =

R\$ 675,00

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170616208 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 09/09/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do 5º quirodáctilo direito.

Descrição do exame Vítima refere perda da força do 5º quirodáctilo direito. Ao exame, apresenta limitação da flexo extensão do 5º
médico pericial: quirodáctilo direito.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, limpeza, redução e fixação por 2 fios de kirschner. Realizou fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:20
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310542008200000056357046>

Número do documento: 20020310542008200000056357046

Num. 57295310 - Pág. 14



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CRÉDITO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradorailder.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos: - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL CPF da vítima Nome completo da vítima
30425232490 Alex Silveira da Mota

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Alex Silva do Nascimento	CPF titular da conta	4009-2587-4420	Profissão	Funcionário
Endereço	Rua Nelsinho Barbosa	Número	215	Complemento	—
Barro	Sítio dos Leitões	CEP	62111-160		
Email	alex.silva@conta.com.br	Telefone (DDD)	181 9 8162 7720		

Declaro sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder (COPAV), residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR SEM PUNDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341) BANCO

AGÊNCIA		CONTA	DIV	AGÊNCIA		CONTA	DIV
NRO.		NRO.		NRO.		NRO.	
AC30		00064639	6				
Informar dígitos se existir				Informar dígitos se existir			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou clara quitação do valor incenziado.

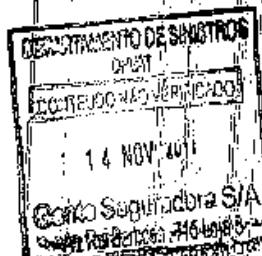
Peife 18 de Outubro de 1967

Figure 1b. Variation in $\delta^{13}\text{C}$ with time.

10 of 10 | Page | [Feedback](#) | [Help](#) | [Logout](#)

SABRE 6000 XMAS 2015





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:20
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310542008200000056357046>
Número do documento: 20020310542008200000056357046

Num. 57295310 - Pág. 16

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alex Silveira do Nascimento, portador da carteira de identidade nº 92.919.790 e inscrito no CPF/MF sob o nº 104.252.444-70, residente e domiciliado na Rua Wey. Capibaribe nº 615, Jardim das Flores, Cidade Recife, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

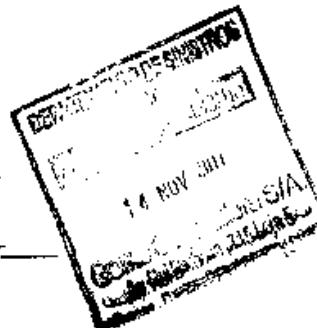
- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Alex Silveira do Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Recife, 18 de Outubro de 2011

Local e data



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: 05/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEX SILVA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01030

CONTA: 000000064659-6

Nr. da Autenticação F64423E2960C3E37



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:20
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310542008200000056357046>
Número do documento: 20020310542008200000056357046

Num. 57295310 - Pág. 18

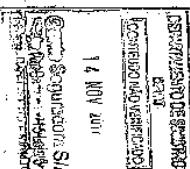
(81) 3446.7438
(81) 99866.8833
(81) 98463 7835



CTC RECIFE PE CIOB / COD CASA AMARELA PE
20026276640
ALEX S NASCIMENTO
R DOBR CAPIBARIBE 45
SITIO DOS PINTO
52171-160 RECIFE - PE



7400288526390960000000111730180417



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:20
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310542008200000056357046>
Número do documento: 20020310542008200000056357046

Num. 57295310 - Pág. 19



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ 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, 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**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reasseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Karla Guedes P. Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009847614 / 97 na qualidade de Produtor(a) / Intermediário(a) do Beneficiário Alex Silve de Noronha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 304 252 314 / 90 do sinistro de DPVAT cobertura Guia de Viagem, da Vítima Alex Silve de Noronha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009847614 / 97, 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 Lider, que eu residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Virgílio Henrique</u>	Número	<u>202</u>	Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Arinsal</u>	Estado	<u>SC</u>
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>558-70000</u>

Penife 18 de Outubro de 2014
Local e Data

Antônio Karla Guedes Pereira Silva
Assinatura do Declarante

