



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
57295308	03/02/2020 10:54	2688835_CONTESTACAO_03	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.joaobarbosaadvass.com.br



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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 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.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 614ª CIRCUNSCRIÇÃO - Várzea
DP14ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0104003018 Várzea

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/09/2017 às 15:02

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumada)
que aconteceu no dia 9/9/2017 no período da manhã

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE CORREGO DO JENIPAPO (BAIRRO),
1 - Bairro: CORREGO DO JENIPAPO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Localizado em: VIA PUSTICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR/ACIDENTE)
ALEX SILVA DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO (USADO NA GERAÇÃO DA OCORRÊNCIA) QUE ESTAVA EM POSSE DO(S) SR(S).
ALEX SILVA DO NASCIMENTO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s):
ALEX SILVA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Nome: CELIA
MARIA DA SILVA (Data de Nascimento: 14/11/1995) Nacionalidade: NÃO INFORMADO
PERNAMBUCO - BRASIL
Endereço: RUA DO SÍTIO SÃO BRÁS, 45 - CEP: 55009-000 - Bairro: SÍTIO DOS
SANTOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO
INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s):
MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(s): ALEX SILVA DO NASCIMENTO,
que estava em posse do(s) Sr(s): ALEX SILVA DO NASCIMENTO
Motociclista: HONDA/CG 125 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Cidade: PELOTE (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO

15/09/2017, 15:02



Complemento / Observação:

QUE A VITIMA VINHA TRAFEGANDO EM SUA MOTOCICLETA, NO SENTIDO DOIS
INACIS, QUANDO FOI TRANCADO POR OUTRA MOTOCICLETA, BATENDO NO MESMO,
A VITIMA FOI COCORRIDO PARA UPA DA CAXANGA.

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

ALEX SILVA DO NASCIMENTO
[VITIMA]

R/C REQUERIDO POR RINALDO ANDRADE FILHO - MATRICULA 381.188-2



Data do Atendimento: 09/09/2017 Hora: 13:08:52		PRONTUÁRIO: 117560	
Nº Atendimento: 1064580 Setor / Serviço: CONSULTÓRIO MÉDICO		Colaborador: ANDREA CVS	
Nome: ALEX SILVA DO NASCIMENTO Sexo: M			
Data de Nascimento: 18/11/1995 Idade: 21 Anos, 9 Meses e 22 Dias C.I.:			
País ou responsáveis: CELIA MARIA DA SILVA			
Endereço: BARAO DO CAPIBARIBE, 47 - SÍTIO DOS PINTOS - 52171160			
Cidade: RECIFE Tel.: 01 987277458			
Hora do Atendimento: ____ / ____ Hs Peso: ____ Kg Temperatura: ____			
QPD / HDA: <i>Acidente de trânsito com lesões em membros inferiores</i>			
EXAME FÍSICO: <i>Exame físico normal, sem lesões visíveis</i>			
DIAGNÓSTICO: <i>Lesão em membro inferior direito</i>			
CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: <i>Exame de radiografia de membros inferiores</i>			
EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: <i>Exame de radiografia de membros inferiores</i>			
Destino do Paciente: () Alta para casa () Ecaminamento ao Ambulatório () Internamento			
Transferência para outra Unidade: () Cito () Outro:			
Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado			
<i>Transferido para o Hospital Federal</i> <i>Vagos 09/09/17 17:20</i> <i>deputado</i> <i>8/9/17</i>			
Médico - Carimbo e Assinatura:			



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

Núm. 5506524



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, NCP/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 paira 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 trânsito**⁴.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente 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 incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 675,00 (seiscentos 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:

⁴SEGURO 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)

⁵APELAÇÃO 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 SUPOSTO 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 médico pericial: Vítima refere perda da força do 5º quirodáctilo direito. Ao exame, apresenta limitação da flexo extensão do 5º 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 desconstituí-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 vício 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



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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 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 HOUE 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; e

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 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.

⁷ **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.”

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 a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

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

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

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

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

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

⁹ art. 1º. (...)

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



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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 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



QUESITOS DA RÉ

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



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **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 **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

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **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
57295309	03/02/2020 10:54	ANEXO 1	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)

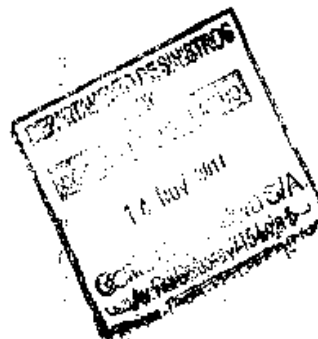
Observação: NEGA HAS E DM
NEGA ALÉRGICAS

Fluxograma sintoma: FERIDAS E ABSCESSOS

Discriminador(es): - FERIDA COM SANGRAMENTO COMPRESSÍVEL

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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





Alex Silva do Nascimento

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

UPA24h
UPA CAXANGÁ 24 HS
Cleydson Santos
Atendimento - Mar. 1984



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 ()

NGO
SENHA 525258

Nome do Paciente: Alex Silva do Nascimento IDENTIFICAÇÃO Idade: 21 A.

Sexo: M () F () Profissão: Fone:

Endereço Residencial: Bairro:

Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOÊNCIA)

Acidente de Trânsito: ônibus () Caminhão () Carro de Passado () 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 ()
Queimaduras: 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: paciente chegou ao pronto socorro de
um carro com sintomas de SEPSIS.

Hipótese Diagnóstica: infecção operada de SEPSIS

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): Temperatura: F.C.: P.A.: x
Vias Aéreas: FR Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: 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 Gástrica: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

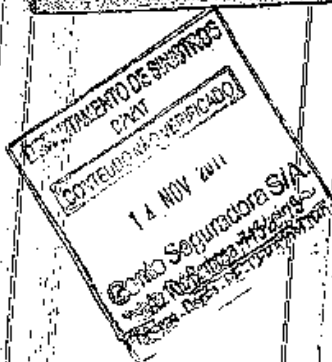
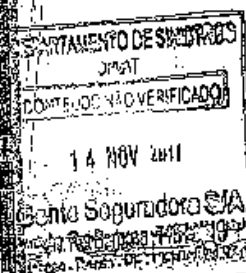
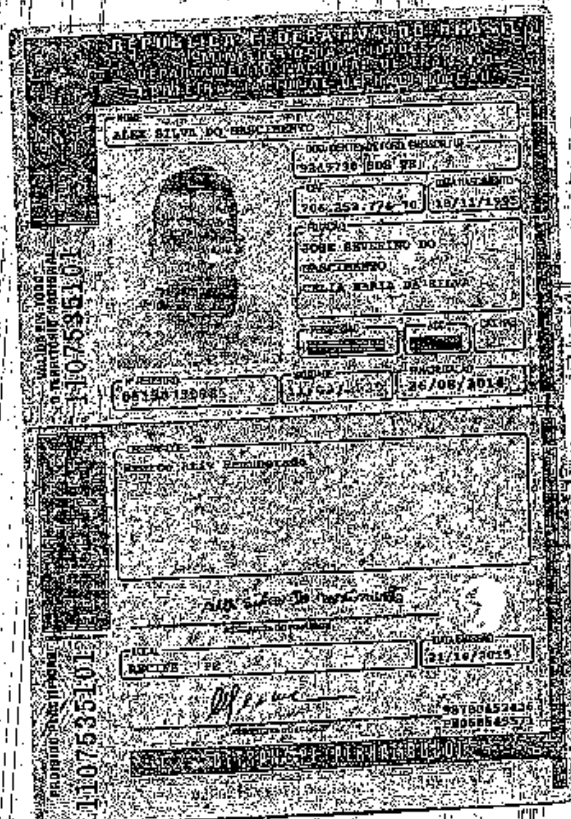
FR:RN 35-50
< 1 ano 30-50
Criança 20-30
Adulto 12-30

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



Secretaria da Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Leix Silva do Nascimento</u>		02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:		CARTÃO BLUE:	
CLÍNICA: <u>Ortopedia</u>	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>1063120</u>
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA: SEXO: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CONSTATANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fratura exposta 5º QDA</u>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Amputação</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>10.9.17</u>	DATA DA ALTA: <u>16.9.17</u>	DIAS DE INTERNAÇÃO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CRX:	CARIMBO/RECEPTE/FATURAMENTO
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	QUIRÚRGICO		
2	1º AUXÍLIO QUIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO QUIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> USO DE ORTÊSE E PRÓTESE	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE	
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO		
RESUMO DO CASO (LETRA LEGAL)			
AGNADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS: <u>Fratura exposta 5º QDA</u>			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>idem Retornar com 4 dias</u>			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:			
MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	CETO: <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> ZO		
<input type="checkbox"/> OUTROS:			
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
DATA: <u>10.9.17</u>		Assinado eletronicamente por: <u>Dr. Carlos R. P. Rêhen</u> Ortopedia-Traumatologia CRM 15.483	
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:54:20		NÚMERO DO DOCUMENTO: 20020310541993300000056357045	





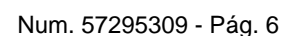
208653542

018-923-2473



DETACHAMENTO DE SINDICATO
L. 2007
CONTENDO MÃO VERIFICADO
14 NOV 2011
Com Segundora SIA





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 prever 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 prever 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 Silva do Nascimento, Brasileiro(a), estado Civil Solteiro, profissão MM. Pedagogo, residente e domiciliado à Rua Barão do Rio Branco, nº 43, bairro Bois, 3 Rua, Município de PELOTA, Estado PE, Cep. 52171-60, Rg nº 9299790, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 704252779-70

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: Vigário 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 qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Alex Silva do Nascimento, ocorrido em 09/04/2017 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.

Peix 00, de 10 de 2016.

Alex Silva do Nascimento

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIAL
Rua da Cananga, 3489 - Ipi-Ranga - CEP: 50.670-000 - Recife (011) 3355-3333
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada na
ALEX SILVA DO NASCIMENTO
lançada em minha presença, aos 10 dias do mês de outubro de 2016, na cidade de Recife, PE, por
Dantele Santos de Souza (procurante autenticado)
Coul.: R\$ 3,88 / TST: R\$ 0,78 Total: R\$ 4,66
Selo 0078240.00010291702/03222



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

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

Nº Sinistro: **3170616208**

Vítima: **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

Pag. 00135/00136 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: ALEX SILVA DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3170616208

Vítima: 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

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.

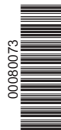
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar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

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

Pag. 00145/00146 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12034522



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

Pag. 00123/00124 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12296322



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

Pag. 01163/01164 - carta_15R - INVALIDEZ

00020582



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





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



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 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 904.253.944-90	Nome completo da vítima Alex Silva do Nascimento
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Alex Silva do Nascimento	CPF titular da conta 904.253.944-90	Profissão Homem
Endereço Rua Nelson Capibaribe	Número 45	Complemento —
Bairro Sítio dos Pinhos	Cidade Pauze	CEP 62.141-160
Email majesservicio2@gmail.com	Estado Per	Telefone (DDD) (81) 954637536

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção.)			
<input type="checkbox"/> BRABESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
Banco		VRQ	
Nome		Nome	
AGÊNCIA NRQ	CONTA NRQ	AGÊNCIA NRQ	CONTA NRQ
DV	DV	DV	DV
ACBC	00064659	6	6
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito 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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

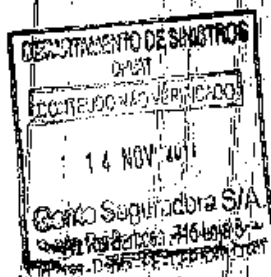
Pauze 18 de Outubro de 2017
Local e Data

Alex Silva do Nascimento
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alex Silva do Nascimento, portador da carteira de identidade nº 92.819.790 e inscrito no CPF/MF sob o nº 904.252.744.70, residente e domiciliado na Rua Wem. Capibonise nº 45, Jd. dos pinos, Cidade Peixe, 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:

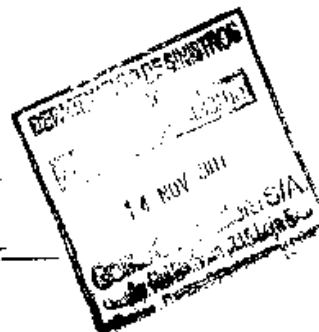
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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 Silva do Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Peixe, 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



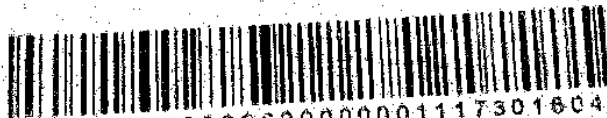


(81) 8446.7458
(81) 99866.8333
(81) 98463.7835

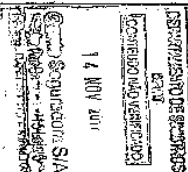
CTC RECIFE PE CIOB / CDD CASA AMARELA PE

1.117/01

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



7408288526390960000000111730160417





Fatura Nº: 400307758213

Codigo da Cliente Nº: 165996040

RESUMO DA FATURA

Serviços de TV por Assinatura	107,13
Lançamentos Diversos	2,69

PERÍODO DE USO: 15/08 a 14/09/17

VALOR TOTAL A PAGAR: 109,82

VENCIMENTO: 15/08/17

CONTA DETALHADA

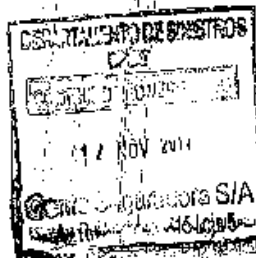
Item	Serviços de TV por Assinatura	Valor	Período	CC	Alíq. ICMS
1	PAROTE NEW SKY LIGHT II IS	107,13	15/08/2017 A 14/09/2017	1003	25%
SUBTOTAL		107,13			
Item	Lançamentos Diversos	Valor	Período	CC	Alíq. ICMS
2	Juros por Atraso no Pagamento	0,35	15/07/2017 A 24/07/2017	804	0%
3	Multa por Atraso no Pagamento	2,34	15/07/2017 A 24/07/2017	805	0%
SUBTOTAL		2,69			

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE COMUNICAÇÕES Nº 513458 SÉRIE: 1 CFOP: 6307 DATA DE EMISSÃO: 02/02/2017

SKY BRASIL SERVIÇOS LTDA CNPJ: 0849773000110-1 E-LE: 114454231119
Av. das Nações Unidas 13507 - Digital II SAO PAULO/SP - 04570910 WWW.SKY.COM.BR/AUTOATENDIMENTOCLIENTE: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA CPF/CNPJ: 084761497 LE: 150270770 CLIENTE: 3
VICARIO BENEDICUS 222 CENTRO Linhares/PE CEP: 55670000

VALOR DA NOTA FISCAL R\$ 109,82	IMPORTE DO CANCELAMENTO R\$ 51,42	AUTOMÁTICA 25004	VALOR DO IPI R\$ 12,00	SERVIÇOS R\$ 107,13	OUTRAS R\$ 2,69	RECEBIMOS DO CLIENTE FABRICIUS VINICIUS PEREIRA GUEDES
---------------------------------------	---	---------------------	---------------------------	------------------------	--------------------	---

Declaramos, para os devidos fins, que a presente nota fiscal foi emitida em conformidade com a Lei nº 10.522/2002 e a Lei nº 10.522/2002, e que a mesma não constitui documento de arrecadação de impostos, sendo apenas um documento de natureza fiscal, emitido para fins de comprovação de pagamento de impostos e para fins de controle de arrecadação de impostos.



Salvo total para pagamento: Sua fatura SKY ainda não está cadastrada como débito automático, para alteração contate os canais de atendimento SKY em WWW.SKY.COM.BR.
Encargos Por Atraso serão Cobrados Na Próxima Fatura

Autenticação Móvel
Para Parar o BônusCLIENTE: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA
Codigo de Verificação: 165996040
Período de Uso: 15/08 a 14/09/17TOTAL R\$ R\$ 109,82
Vencimento 15/08/17

Pague sua conta nos bancos credenciados: Santander, Itaú, Bradesco, Banco do Brasil e Caixa Econômica

84830000001-0 09620379016-3 59960400400-2 30775821322-7





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 mensal aléni da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento de indenização de 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 resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ayane Karla Guedes P. Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 009847614 / 97 na qualidade de Produtor (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alex Silva do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.252.314 / 70 do sinistro de DPVAT cobertura Suavidade da Vítima Alex Silva do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.252.314 / 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua Virgílio Henrique</u>	Número	<u>222</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Atimbaíba</u>	Estado	<u>CE</u>
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>558-7000</u>

Atimbaíba, 18 de Outubro de 2017
Local e Data

Ayane 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
57295310	03/02/2020 10:54	ANEXO 2	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)

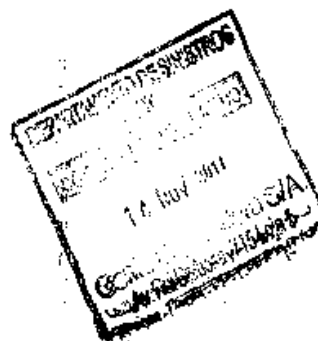
Observação: NEGA HAS E DM
NEGA ALÉRGICAS

Fluxograma sintoma: FERIDAS E ABSCESSOS

Discriminador(es): - FERIDA COM SANGRAMENTO COMPRESSÍVEL

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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





Alex. Silva do
Nascimento

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

UPA24h
UPA CAXANGÁ 24 HS
Cleydson Santos
Atendimento - Mar. 1984



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

Nome do Paciente: Alex. Silva do Nascimento IDENTIFICAÇÃO Idade: 21 A.

Sexo: M () F () Profissão: Fone:

Endereço Residencial: Bairro:

Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOÊNCIA)

Acidente de Trânsito: ônibus () Caminhão () Carro de Passado () 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 ()
Queimaduras: 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: paciente com sintomas de parada de
circulação com alterações de SE. DDA.

Hipótese Diagnóstica: defeito orgânico de SE. DDA.

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): Temperatura: F.C.: P.A.: x
Vias Aéreas: FR Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: 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 Gífoide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () 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



Secretaria da Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Leix Silva do Nascimento</u>		02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:		CARTÃO BLUE:	
CLÍNICA: <u>Ortopedia</u>	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>1063120</u>
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA: SEXO: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CONSTATANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fratura exposta 5º QDA</u>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Crurupio</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>10.9.12</u>	DATA DA ALTA: <u>16.9.12</u>	DIAS DE INTERNAÇÃO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:	CRX:	CAREMBORRENSOR/FATURAMENTO	
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	QUIRURGIÃO		
2	1º AUXÍLIO QUIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO QUIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/> HELMODIALISE	
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO		
RESUMO DO CASO (LETRA LEGAL)			
AGNADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS: <u>Fratura exposta 5º QDA</u>			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>idem Retornar com 4 dias</u>			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:			
MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> DURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	CETO: <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> ZO		
<input type="checkbox"/> OUTROS:			
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
10.9.12 DATA		Dr. Carlos R. P. Rêhen Ortopedia-Traumatologia CRM 15.483	
		MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO	





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

ALAN SILVA DO BRUCIMENTO
RG: 924.730/808-7711
Data de Nascimento: 18/11/1985
CPF: 066.252.174-10
Data de Emissão: 26/08/2014

JOSE BRUNO DO
TRAFICANTE
Data de Emissão: 26/08/2014

CELIA MARIA DA SILVA
Data de Emissão: 26/08/2014

ALAN SILVA DO BRUCIMENTO
Data de Emissão: 26/08/2014

ALAN SILVA DO BRUCIMENTO
Data de Emissão: 26/08/2014

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO
CONTROLE NÃO VERIFICADO
14 NOV 2011
Banco Seguradora SIA
Rua Raimundo Faria, 100
Cidade, RJ 20040-000

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO
CONTROLE NÃO VERIFICADO
14 NOV 2011
Banco Seguradora SIA
Rua Raimundo Faria, 100
Cidade, RJ 20040-000

08657577
018-923-240-76





VALIDADO NACIONAL
1422229600

PROIBIDO PLASTIFICAR
1422229600

IDENTIFICACAO

AYANE KAULA GONDES PEREIRA SILVA

CPF 009.847.614-97 **DATA NASCIMENTO** 26/07/1992

FRANCISCO
JAIR MARCOS DE MORAES
PEREIRA
ALBERTA GONDES DE OLIVEIRA
VERISA

RECEBIMOS **RECEBIMOS** **RECEBIMOS**

VALIDADEZ 18/06/2019 **VALIDADEZ** 12/02/2014

Assinatura

Cyrene Karla Gondes Pereira

LOCAL PERNAMBUCO **DATA EMISSAO** 09/03/2017

PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
16-001
CONTENIDO NAO VERIFICADO
18 NOV 2011
Como Seguradora SIA
Roberto de Aguiar
12/02/2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - P		Nº 013726067263	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	QD RENOVA	RENTE	EXERCÍCIO
1	211672633	2	2017
ALEX SILVA DO NASCIMENTO			
REC-TR-2			
DATA	PLACA ANT.	PLACA	PLACA
04/25/2017	9C2JC690HR306875	9C2JC690HR306875	9C2JC690HR306875
MARCA/MOTOCICLISTA		GASOLINA	
HONDA/CG 125 FAN		2017	
CAP. POT. CL	CATEGORIA	COR. PREDOMINANTE	
25/12/45	PARTIC	VERMELHA	
COTA UNICA	VEN. COTA UNICA	1ª ENC. COTAS	
1	1	2	
2	2	3	
3	3		
PREMIO TARIFARIO (R\$) - 100,00			
SEGURO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
AL FID ACET AYMORE CREE CIN INV			
REC-TR-2			
Charles Andrews Sousa Ribeiro			
Diretor Presidente DETRAN/PI			

OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO			
AUTOMOTORES DE MAISTERRIES DE OUTRO SUA CARGA A PESSOA			
TRANSPORTADORA UNICA - SEGURO DPVAT			
PE Nº 013726067263 - BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ALEX SILVA DO NASCIMENTO			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT			
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO			
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
REC-TR-2		EXERCÍCIO	
2017		12/10/17	
VIA	QD RENOVA	RENTE	EXERCÍCIO
1	211672633	2	2017
ALEX SILVA DO NASCIMENTO			
REC-TR-2			
DATA	PLACA ANT.	PLACA	PLACA
04/25/2017	9C2JC690HR306875	9C2JC690HR306875	9C2JC690HR306875
MARCA/MOTOCICLISTA		GASOLINA	
HONDA/CG 125 FAN		2017	
CAP. POT. CL	CATEGORIA	COR. PREDOMINANTE	
25/12/45	PARTIC	VERMELHA	
COTA UNICA	VEN. COTA UNICA	1ª ENC. COTAS	
1	1	2	
2	2	3	
3	3		
PREMIO TARIFARIO			
100,00			
SEGURO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
AL FID ACET AYMORE CREE CIN INV			
REC-TR-2			
Charles Andrews Sousa Ribeiro			
Diretor Presidente DETRAN/PI			

1º NOT 1011

Genio Saneamento S/A

14/08/2017

14/08/2017



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 prever 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 prever 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 Silva do Nascimento, Brasileiro(a), estado Civil Solteiro, profissão MM. Pedagogo, residente e domiciliado à Rua Barão do Rio Branco, nº 43, bairro Bois, 3 Rua, Município de PELOTA, Estado PE, Cep. 52171-60, Rg nº 9299790, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 704252779-70

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: Vigário 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 qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Alex Silva do Nascimento, ocorrido em 09/04/2017 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.

Peix 00, de 10 de 2016.

Alex Silva do Nascimento

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIAL
Rua da Cananga, 3489 - Ipiranga - CEP: 50.670-000 - Recife
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada na
ALEX SILVA DO NASCIMENTO
lançada em minha presença, aos 10 de outubro de 2016, na cidade de Recife, PE.
Danilo Santos de Souza (procurador autenticado)
Esc.: R\$ 3,88 / TST: R\$ 0,78 Total: R\$ 4,66
Selo 0076240.00010291702/03222



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

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

Nº Sinistro: **3170616208**

Vítima: **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

Pag. 00135/00136 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: ALEX SILVA DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3170616208

Vítima: 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

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.

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

Pag. 00145/00146 - carta_03 - INVALIDEZ

00080073



Carta nº 12034522



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

Pag. 00123/00124 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12296322



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

Pag. 01163/01164 - carta_15R - INVALIDEZ

00020582



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

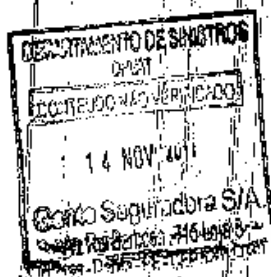
Assinatura do médico:





Num. 57295310 - Pág. 15





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alex Silva do Nascimento, portador da carteira de identidade nº 92.819.790 e inscrito no CPF/MF sob o nº 904.252.744.70, residente e domiciliado na Rua Wem. Capibonise nº 415, Jatoá dos pinos Cidade Beufe 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:

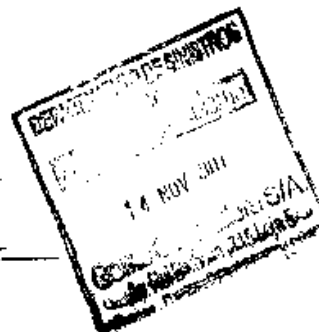
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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 Silva do Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Beufe, 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



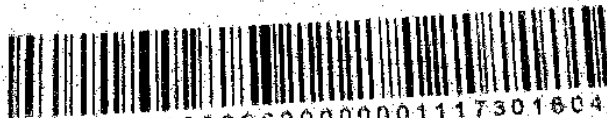
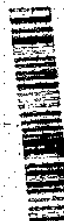


(81) 8446.7458
(81) 99866.8333
(81) 98463.7835

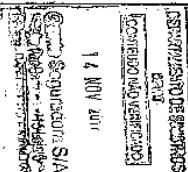
CTC RECIFE PE CIOB / CDD CASA AMARELA PE

1.117/01

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



7408288526390960000000111730160417





Código do Cliente Nº: 165996940

Serviços de TV por Assinatura	107,13
Lançamentos Diversos	2,69

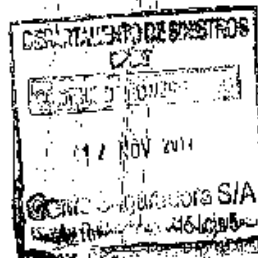
VALOR TOTAL A PAGAR: 109,82

VENCIMENTO: 15/08/17

Item	Serviços de TV por Assinatura	Valor	Período	CCI	Alíq. ICMS
1	PAROTE NEW SKY LIGHT HHS	107,13	15/03/2017 A 14/03/2017	1003	25%
SUBTOTAL		107,13			
Item	Lançamentos Diversos	Valor	Período	CCI	Alíq. ICMS
2	Juros por Atraso no Pagamento	0,35	15/07/2017 A 24/07/2017	804	0%
3	Multa por Atraso no Pagamento	2,34	15/07/2017 A 24/07/2017	805	0%
SUBTOTAL		2,69			

SKY BRASIL SERVICOS LTDA CNPJ: 08.973.730/0001-10; I.E.: 11.445.423/11-9
Av. das Nações Unidas 13501 - Distrito do Sudoeste - São Paulo - SP - 04570-910 WWW.SKY.COM.BR/AUTOATENDIMENTO
CLIENTE AYANE KARLA GUEDES PEREIRA CPF/CNPJ: 00.76.149/ I.E.: 15.920.770 CLIENTE: J
VICENTE HENRIQUE 222 CENTRO Unidade Póster 56870000

VALOR DA 1079 FISCAL R\$ 100,00	IPSE DE CÁLCULO DO R\$ 15,42	ALÍQUOTA 20,00 %	VALOR DO IPI R\$ 12,89	SETEAS R\$ 33,11	CITIAS R\$ 2,00	RENTAS DO IPI FATOR DE CORREÇÃO (FISCAL) 1,00000000
---------------------------------------	------------------------------------	---------------------	---------------------------	---------------------	--------------------	--

[illegible]

Salvo total pago, pagamento: Sua fatura SKY ainda não está cadastrada como débito automático, para alteração contate os canais de atendimento SKY em WWW.SKY.COM.BR.
Encargos Por Atraso: Grátis! Cobrados Na Próxima Fatura.

Amiens, 1883

330

CLIENTE: AYANE KARLA GUÉDES PEREIRA
Código Diário Automático: 165996240
Período de Uso: 15/08 a 14/09/17

TOTAL R\$ R\$ 109,82
Vencimento 15/08/17

Paralelamente, a partir dos dados agregados: Sarnander, Ilau
Barrileto, Barão do Brasil e Colônia Econômica

84830000001-0 09620379016-3 59960400400-2 30775821322-7





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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ayane Karla Guedes P. Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 009847614 / 97 na qualidade de Produtor (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alex Silva do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o nº 704.252.314 / 70 do sinistro de DPVAT cobertura Suavidade da Vítima Alex Silva do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o nº 8, 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 DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua Virgílio Henrique</u>	Número	<u>222</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Atimbaíba</u>	Estado	<u>CE</u>
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>558-7000</u>

Atimbaíba, 18 de Outubro de 2017
Local e Data

Ayane Karla Guedes Pereira Silva
Assinatura do Declarante

