



Número: **0083145-53.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/11/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE AMARO DE OLIVEIRA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57231888	31/01/2020 13:12	2689620_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 29ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00831455320198172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE AMARO DE OLIVEIRA** e outros, 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 **20/11/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 10/05/2018.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

Ademais, cumpre salientar a ausência de nexo causal entre o acidente e a invalidez alegadas haja vista que, além da parte autora não comprovar que o atendimento médico tenha decorrido do suposto acidente, bem como, não comprovar qualquer acompanhamento ou tratamento médico que ateste a existência de invalidez permanente, também resta demonstrada a controvérsia de informação quanto a data da ocorrência do suposto

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



sinistro, tendo em vista que no boletim médico consta a informação de uma data e no boletim de ocorrência outra.

Outrossim, cabe acrescentar que o boletim de ocorrência apresentado foi elaborado somente após seis meses do suposto sinistro, de forma unilateral pela própria parte autora e sem a presença de testemunhas que pudessem corroborar com os fatos ali alegados.

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.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES ENTRE O BOLETIM MÉDICO E O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E DA AUSÊNCIA DE ASSINATURA DA AUTORIDADE POLICIAL NO B.O.

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

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

Primeiramente, analisando o referido documento, verifica-se a ausência de assinatura da autoridade policial:



Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA 20/11/2017, UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA BATEU NO MESMO E MACHUCOU A CABEÇA, O SR. JOSÉ AMARO DE OLIVEIRA FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO E FICOU INTERNADO O ATENDIMENTO FOI DE NUMERO 895655/2017 PELO DR. CARLOS PAIVA CRM : 9946. O NUMERO DA OCORRENCIA DO CORPO DE BOMBEIROS É 2018APM000410. O SR. JOSÉ AMARO AFIRMA NÃO SABER DADOS DA MOTOCICLETA ENVOLVIDA NEM DO SEU CONDUTOR.

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

JOSE AMARO DE OLIVEIRA
JOSE AMARO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: FLORENTINO FERREIRA DE ALMEIDA JUNIOR - Matrícula: 221862-3

Ademais, cumpre salientar a presença de controvérsia de informações entre o boletim médico e o boletim de ocorrência, tendo em vista que no boletim médico consta a informação de que o acidente teria ocorrido no dia 08/11/2017 e no boletim de ocorrência o dia 20/11/2017, conforme demonstrado abaixo:



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 890827/2017.

NOME: JOSE AMARO DE OLIVEIRA.

Foi atendido às 15h17 do dia 08.11.2017.

Diagnóstico provável: *Politrauma - T45**Cirurgia de abdome livre*Tratamento realizado: *clínico**De curar, De af curar
Rx torax, Rx abdome*obs. *alta hospitalar - 11/11/17*

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em *24/09/17*

CS - Médico
CS - Médico
CS - Médico





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
CENTRAL DE PLANTOES DA CAPITAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E1174004822**

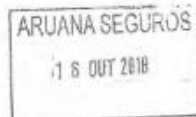
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/05/2018** às **09:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **20/11/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAMPO GRANDE (BAIRRO), 01, RUA LUIZ CORREIA DE BRITO - Bairro: CAMPO GRANDE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

IMPUTADO (AUTOR/AGENTE)
JOSÉ AMARO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **IMPUTADO**

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

JOSÉ AMARO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALZIRA MARIA DA CONCEIÇÃO
Pai: **JOÃO LOURENÇO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **16/3/1950** Naturalidade: **AMARAJI / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **936619/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 081985534474**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CAMPO GRANDE (BAIRRO), 1075, AVENIDA CORREIA DE BRITO, 1075, CAMPO GRANDE, RECIFE, PE. - CEP: 55000-000 - Bairro: CAMPO GRANDE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

IMPUTADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IMPUTADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IMPUTADO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência e do Boletim Médico apresentados aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência e ao Hospital da Restauração de Pernambuco, 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, CPC¹.

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

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

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

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**².

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que a parte autora não comprova que o atendimento médico tenha decorrido do suposto acidente, bem como, não comprova qualquer acompanhamento ou tratamento médico que ateste a existência de invalidez permanente.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo³.

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 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

¹“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)

²“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)

³“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 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)

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



É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.



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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, 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.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

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

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

⁷ **art. 1º . (...)**

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



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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Súmula 474 do STJ.

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 29 de janeiro de 2020.

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



ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

QUESITOS DA RÉ

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



TABELA DE GRADAÇÃO

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

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE AMARO DE OLIVEIRA**, em curso perante a **29ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00831455320198172001.

Rio de Janeiro, 29 de janeiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 13:12:19
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013113121917500000056295771>
Número do documento: 20013113121917500000056295771



Número: **0083145-53.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/11/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE AMARO DE OLIVEIRA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57231889	31/01/2020 13:12	ANEXO 1	Outros (Documento)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / CPF EMISSOR / UF
5553233 SDS PE

CPF
055.382.254-37 DATA NASCIMENTO
08/02/1983

PLACAO
CLAUDIO ROBERTO DOS
SANTOS
TANIA LUCIA
MANGABEIRA DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACQ CAT. HAB
AD

Nº REGISTRO
03765010380 VALIDADE
17/12/2020 1ª HABILITAÇÃO
11/01/2006

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
VITORIA DE SANTO ANTAO - PE DATA EMISSÃO
16/12/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

0449918820
PR043079312

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1219478289

PROIBIDA PLASTIFICAR
1219478289

ARUANA SEGUROS
16 OUT 2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180486093 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jose Amaro de Oliveira
DATA DO ACIDENTE 20/11/2017 CPF DA VÍTIMA 92.850.194-04
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Quatro Mangabeira dos Santos
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Boça Fernandes Vieira
Nº 21 COMPLEMENTO B BAIRRO St. Atlantico
CIDADE Olimpia UF PE CEP 55140-300
E-MAIL hennessiorapendencias TELEFONE (81) 3011-3224
@OUTLOOK.COM

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE 5953233
ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA 16 OUT 2018
NOME [Assinatura]
ASSINATURA [Assinatura]



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180486093 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: JOSE AMARO DE OLIVEIRA
RG/CNH/CTPS: 9.36.619 CPF: 192.850.194-04
End: AV. LUIZ CONNEIA DE BRITO, 1075, CAMP
GRANDE

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
RG/CNH/CTPS: 03765010380 DETRAN/PE CPF: 055.382.254-37
End: PRAÇA FERNANDES VIEIRA, Nº 21 - B, JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

_____ de _____ de _____

ARUANA SEGUROS
16 OUT 2018

JOSE AMARO DE OLIVEIRA

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

7º DISTRITO JUDICIÁRIO DA
COMARCA DE RECIFE - PE

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DA ENCRUZILHADA
Rua do Comércio - 100 - Jd. Santa Maria de São - Olinda
Pórtico - 1º andar - Recife - PE - CEP: 51010-000
Fone: (081) 3240-3577 / 3240-4000

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma indicada de
JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Em 16 de Outubro de 2018.

Em testemunho da verdade
Robson Freitas de Melo (Escritor de Substituição)
Emol.: R\$ 3,39 Taxa: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,79
Válido com o selo 0074203.AVY04201803.04267

Carimbo Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/autenticidade



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376848/18

Número do Sinistro: 3180486093

Vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

CPF: 192.850.194-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/11/2018
Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 055.382.254-37

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376848/18

Vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

CPF: 192.850.194-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS : 055.382.254-37

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

JOSE AMARO DE OLIVEIRA : 192.850.194-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/10/2018
Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 055.382.254-37

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180486093

Vitima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180486093**.

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 13484430

Pag. 00401/00402 - carta_01 - INVALIDEZ



00020201



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180486093

Vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180486093**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA 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. 00147/00148 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13505949



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180486093

Vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180486093**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **20/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00553/00554 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13595287





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CREDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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

192.850.194-04

Nome completo da vítima

Jose Amaro de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular de conta	Profissão
Jose Amaro de Oliveira	192.850.194-04	Aposentado
Endereço	Número	Complemento
Rua Cordeiro de Brito	1075	
Bairro	Estado	CPF
Campo Grande	PE	02040-360
Email		Telefone (DDD)
		81-3031.3224

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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

☐ RECUSO INFORMAR
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0048

DV

CONTA

NRO.

051164

DV

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

DV

CONTA

NRO.

DV

(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, reconquiro e dou plena quitação do valor indenizado.

Colinda 15 de 05 de 2018

Local e Data

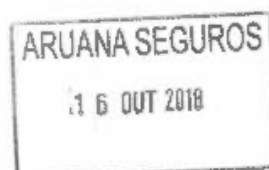
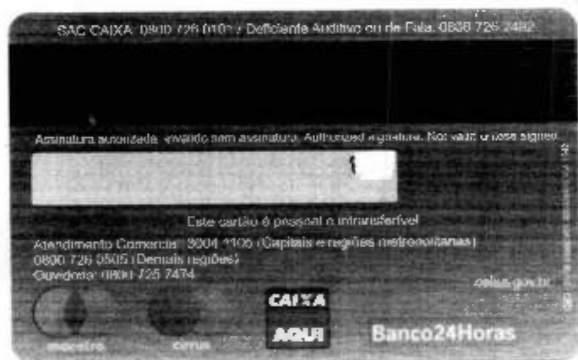
ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal

14001/2017





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
CENTRAL DE PLANTOES DA CAPITAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E1174004822**

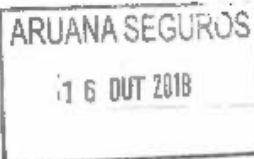
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/05/2018** às **09:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **20/11/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAMPO GRANDE (BAIRRO), 01, RUA LUIZ CORREIA DE BRITO - Bairro: CAMPO GRANDE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

IMPUTADO (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ AMARO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): IMPUTADO

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

JOSÉ AMARO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALZIRA MARIA DA CONCEIÇÃO
Pai: **JOÃO LOURENÇO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **16/3/1950** Naturalidade: **AMARAJI / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **936619/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 081985534474**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CAMPO GRANDE (BAIRRO), 1075, AVENIDA CORREIA DE BRITO, 1075, CAMPO GRANDE, RECIFE, PE. - CEP: 55000-000 - Bairro: CAMPO GRANDE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

IMPUTADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IMPUTADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IMPUTADO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA 20/11/2017, UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA BATEU NO MESMO E MACHUCOU A CABEÇA, O SR. JOSÉ AMARO DE OLIVEIRA FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO E FICOU INTERNADO O ATENDIMENTO FOI DE NUMERO 895655/2017 PELO DR. CARLOS PAIVA CRM : 9946. O NUMERO DA OCORRENCIA DO CORPO DE BOMBEIROS É 2018APM000410. O SR. JOSÉ AMARO AFIRMA NÃO SABER DADOS DA MOTOCICLETA ENVOLVIDA NEM DO SEU CONDUTOR.

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

José Amaro de Oliveira
JOSÉ AMARO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FLORENTINO FERREIRA DE ALMEIDA JUNIOR** - Matrícula: **221862-3**



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal"):

Casos com vítima entre 16 a 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

José Amaro de Oliveira

CPF da Vítima

192.850.194-04

Data do Acidente

20/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realizou 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018

Olimpia 15 de 05 de 2018

Local e Data

x José Amaro de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000410 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOSE AMARO DE OLIVEIRA, 67 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 936619 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 192.850.194-04, residente à RUA CORREIA DE BRITO, nº 1075, , CAMPO GRANDE, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 08/11/2017, por volta das 14:35 hs, no endereço: AV. LUIS CORREIA DE BRITO, S/N, CAMPO GRANDE RECIFE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSE AMARO DE OLIVEIRA, inscrito sob o CPF nº 192.850.194-04 e Registro Geral ° 936619, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 707314-3 VIEIRA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 890827. Ficou aos cuidados do médico CRISTINA B. HEIRRICH, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018

Posição em 04/05/2018



A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site

<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000410

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA								
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO ALJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-83		 Grupo Neoenergia www.celpe.com.br						
DADOS DO CLIENTE GEORGINA CONCEIÇÃO DOS SANTOS CPF: 011.716.435-80 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA AV CORREIA DE BRITO 1076 CAMPO GRANDE/RECIFE 52040-360 RECIFE PE <small>As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br</small>		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis						
DATA DE VENCIMENTO 11/05/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 16,76		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/05/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 04/05/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 016095578						
CONTA CONTRATO 001599476020 Nº DO CLIENTE 2002410931 Nº DA INSTALAÇÃO 0002530237		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico RESERVOADO AO FISCO ADFF.4063.C7C8.E7Z7.D959.CB94.E886.4BBC						
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL								
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,52194761	15,65					
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,03					
Multa por atraso-NF 007680406 - 02/03/18			0,30					
Multa por atraso-NF 011265071 - 03/04/18			0,29					
Juros por atraso-NF 011265071 - 03/04/18			0,07					
Juros por atraso-NF 007680406 - 02/03/18			0,22					
Atualização IQPM-NF 011265071 - 03/04/18			0,08					
Atualização IQPM-NF 007680406 - 02/03/18			0,18					
TOTAL DA FATURA			16,76					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS						
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%					
0,00	0,00	18,68	1,12					
COPINS		COPINS						
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%					
15,65	0,32	0,53	0,32					
Consumos e o não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica(s): Verbo: De: Para: Valor: 15/05/17 03/06/17 15,71 08/06/17 04/07/17 16,48 Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer a inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Esta convenção não substitui o aviso de débito anterior, bem como não atinge débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.								
Terminais Aplicados Consumo Ativo(kWh) 8,48435419		HISTÓRICO DO CONSUMO kWh MAI 18 30 ABR 18 30 MAR 18 30 FEV 18 30 JAN 18 30 DEZ 17 30 NOV 17 30 OUT 17 30 SET 17 30 AGO 17 30 JUL 17 30 JUN 17 30 MAI 17 30						
Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.								
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
NÚMERO DO MÊS	TÍPO DA FASE	ANTERIOR	ATUAL	DE	PARA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003152951623	CAT	28/04/2018	1,00	04/05/2018	1,00	1,00000	0,00	0,00
000000003152951623	CAT	03/04/2018	0,00	28/04/2018	1,00	1,00000	0,00	1,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/06/2018								
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL			
mar/2018								
DIC-Horário de horas sem Energia	BANCO AMARO	1,37	4,83	9,87	95,24			
FIC-Horário de horas sem Energia		1,00	1,17	0,35	12,70			
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		1,57	2,69	0,09	0,09			
DMC-Duração de interrupção em dia crítico		Limite OGRE 12,22						
SBO-Valor do Encargo de Uso - R\$ 7,39 Todo Consumidor pode adicionar a geração dos Indicadores DIC, FIC, DMC e DPC em qualquer tempo.								
INFORMAÇÕES IMPORTANTES								
A partir de 28/04, tarifa com reajuste médio de 0,47% para Baixa Tensão e 9,90% para Alta Tensão-REH 2.388/18. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou de nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Rea-414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lai 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês (seção do ICM S conforme Art.9, XLVII, s. 2, I, do RICM S-PE). O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.								
NÍVEIS DE TENSÃO								
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)							
	MÍNIMO	MÁXIMO						
220	202	231						
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA								
DESTAQUE AQUI CONTA CONTRATO 001599476020 MÊS/ANO 05/2018 TOTAL A PAGAR(R\$) 16,76 VENCIMENTO 11/05/2018 TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica. AUTENTICAÇÃO MECÂNICA								
838700000001 187600110017 599476020108 132463363839 								

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, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu, Renato Vargabeira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.382.254 / 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Amaro de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 192.850.194 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima José Amaro de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 192.850.194 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recusou

☒ 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		Número	Complemento
<u>Praga Fernandes Vieira</u>		<u>21</u>	<u>B</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Ed. Atlântico</u>	<u>Olinda</u>	<u>PE</u>	<u>53110-300</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>HRASSESSORIADEPENDENCIAS@outlook.com</u>	<u>81-3011.3224</u>	<u>9.8874-8263</u>	

Olinda, 15 de 05 de 2018
Local e Data

Renato Vargabeira dos Santos
Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 890827/2017.

NOME: JOSE AMARO DE OLIVEIRA.

Foi atendido às 15h17 do dia 08.11.2017.

Diagnóstico provável: Politrauma - TCE

Cirurgia de desbridamento

Tratamento realizado: clínico

TAC crânio, TAC abdome
Rx torax, Rx pelve.

Obs. alta hospitalar - 11/11/17

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 24/09/18

[Assinatura]
Médico
CRM: 60.000

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572.

ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 895655/2017.

NOME: JOSE AMARO DE OLIVEIRA.

Foi atendido às 10h15 do dia 20.11.2017.

Diagnóstico provável: TCE - Lesão encefálica
fechada e difusa

Tratamento realizado: curativo

TCE encefálica com lesão focal
em lobo parietal

Obs. alta hospitalar em 28/11/17

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 08/03/18.

SES - Hospital da Restauração
Dr. Carlos Paiva
Médico de OME
CRM: 8946

ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



Nome: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Idade: 60

Sexo: M

Médico: JOAO RIBEIRO MEMORIA JUNIOR

Procedência: SUS - AMBULATORIO

Pedido: 447495

Data do Pedido: 20/04/2018 08:45:00

Data do Laudo: 27/04/2018 11:03:58

Atendimento: 961882

Exame realizado em: 20/04/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO

HISTÓRIA: dificuldade para deambular após TCE, segundo requisição médica.

COMPARAÇÃO: ressonância do crânio datada de 22/11/2017 e tomografia computadorizada do crânio realizada de 28/11/2017.

TÉCNICA: foram realizadas sequências multiplanares ponderadas em T1 e T2 sem a administração do contraste paramagnético.

ACHADOS

Dilatação assimétrica do sistema ventricular supratentorial com proeminência "ex-vacuo" dos cornos temporal e posterior/trigono do ventrículo lateral direito, não evidenciada nos exames anteriores. Sulcos corticais difusamente alargados, nos parecendo haver discreto apagamento no hemisfério cerebral direito também observado na tomografia prévia. Cisternas amplas.

Observa-se área com hipersinal em T2 e FLAIR adjacente ao corno temporal do ventrículo lateral direito associada a lâmina com hipossinal em T2 e na sequência gradiente eco sugerindo a presença de produto de degradação da hemoglobina relacionado a hemorragia prévia.

Não mais evidenciamos a lesão hiperintensa em T1 e T2 observada na ressonância de 2017 relacionada a hematoma intraparenquimatoso na região temporal direita, existindo discreto componente heterogêneo com hipossinal periférico, notadamente na sequência gradiente eco, nesta topografia.

Não mais observamos as coleções extra-axiais subdurais, evidenciadas na ressonância anterior.

Identificamos pequenos focos com hipersinal em T2 e FLAIR em ambos os hemisférios cerebrais notadamente periventriculares, bem como nos centros semiovais, com alguns focos subcorticais, sem efeito de massa ou restrição à difusão.

Na sequência difusão não há sinais de isquemias agudas.

Persiste alteração de sinal na região occipital esquerda caracterizada por hipossinal em T1 e na sequência FLAIR bem como hipersinal em T2, já descrita no estudo anterior.

Fossa posterior sem alterações apreciáveis.

Sinal de fluxo normal ("flow void") dos vasos que constituem os sistemas carotídeos e vértebro-basilar.

Nota-se material com hipersinal em T2 ocupando algumas células etmoidais e nas mastoides.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- 1- Dilatação assimétrica do sistema ventricular supratentorial.
- 2- Achados acima descritos comprometendo a região temporal direita relacionadas ao trauma prévio.
- 3- Alteração de sinal na região occipital esquerda de natureza sequelar.
- 4- Diminutos focos hiperintensos em ambos os hemisférios cerebrais de natureza inespecífica ao método podendo estar relacionados a alterações isquêmicas/gliose
- 5- Sinais de sinusopatia inflamatória etmoidal e material supracitado nas mastoides também de



7588



