



Número: **0001419-51.2019.8.17.2100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Abreu e Lima**

Última distribuição : **22/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MAKLEY GOMES DE SANTANA (AUTOR)		GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57283 231	03/02/2020 09:04	2690083_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE ABREU E LIMA/PE

Processo: 00014195120198172100

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 **MAKLEY GOMES DE SANTANA**, 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 **08/04/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 08/04/2017.

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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;

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)



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

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA		 Administradora do Seguro DPVAT		
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3170511780	Cidade: Paulista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: MAKLEY GOMES DE SANTANA	Data do acidente: 08/04/2017	Seguradora: AIG SEGUROS BRASIL S/A		
PARECER				
Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO E FRATURA DE PERNA DIREITA.				
Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DA ELSAO DO CRANIO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ELSAO DA PERNA DIREITA COM HASTE INTRAMEDULAR, FEZ 16 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM DEFICIT NEUROLOGICO, COM DOR, DIMINUIÇÃO DA FORÇA E COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO E D TORNOZELO A DIREITA COM REPERCUSSÃO LEVE NA MARCHA ESTA DE ALTA MEDICA.				
Sequelae permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
Sequelae: Com sequela				
Data da perícia: 16/10/2017				
Conduta mantida:				
Observações: obs - NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR				
Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD				
CRM do médico: 10570				
UF do CRM do médico: SC				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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.

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



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, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), 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 08/04/2017. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), 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:	18/10/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAKLEY GOMES DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000020323-1

Nr. da Autenticação DFF24FFE47E1ADAA

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



Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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 HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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.”



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸

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.

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.** (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art. 1º. (...)

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



CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

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

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

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

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

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,

ABREU E LIMA, 30 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 nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MAKLEY GOMES DE SANTANA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **ABREU E LIMA**, nos autos do Processo nº 00014195120198172100.

Rio de Janeiro, 30 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





03/02/2020

Número: **0001419-51.2019.8.17.2100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Abreu e Lima**

Última distribuição : **22/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

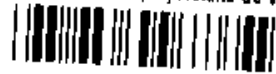
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MAKLEY GOMES DE SANTANA (AUTOR)		GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57285332	03/02/2020 09:04	ANEXO 1	Outros (Documento)

Declaração do proprietário do ve



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JUVINO RODRIGUES GOMES

RG nº 39367, data 28 de 06 expedição 28/06/2014
Órgão PMPE, portador do CPF nº 795 841 364-53, com
domicílio na cidade de ABREU E LIMA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Quilômetro do "H", nº 17.

complemento VILA MILITAR declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MAKLEY GOMES DE SAUTANA cujo o condutor era
JHONATAN DA SILVA GOMES.

Veículo: CHEVROLET

Modelo: PRISMA

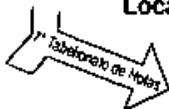
Ano: 2015

Placa: PEF 0861

Chassi: 9BGKS69L0FG301703

Data do Acidente: 08/04/17

Local e Data: Recife, 04 de Setembro de 2017



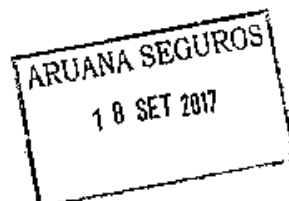
Juvino
Assinatura do Declarante

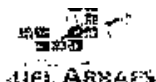
Jhonatan da Silva Gomes
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

7º Tabelionato de Notas Cartório Fábio Lourenço

Rua do Imperador, 50, São Antonio, Recife, PE - CEP: 51030-000 - Fone: (51) 3221-9000 - E-mail: ftab@tabnet.com.br
Reconhecimento por Autenticidade a firma de: JUVINO RODRIGUES GOMES

Recife, 04 de setembro de 2017 Op.: 58 VIVIANE RIBEIRO DOS SANTOS
Empl.: 3,88 FERC: 0,39 TSNR: 0,78 Escrevente autorizado
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital.
Selo Eletrônico: 0077719.VTE08201702.02653





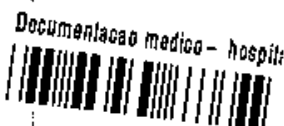
Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 373563

Usuário: ROSEANEREN

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	MAKLEY GOMES DE SANTANA			Prontuário:	101941		
Idade:	19a 1m 14d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO	Data de Nascimento:	2/3/1998
Assão:				Escolaridade:			
	C.P.F.:	Telefone:	CEP:		53530780		
Endereço:	RUA CENTO E ONZE		17	- CAETES I	- ABREU E LIMA	- PE	
Dados da Internação							
Origem:	URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Data e Hora da Internação:	9/4/2017	02:36			
Convênio:	SUS - INTERNACAO	Plano:	GERAL				
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACAO	Leito:	VERD2-01		
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA						



DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	FATURADO
Endereço:	Número:		18/04/17
Telefone:	Cidade:	Estado civil:	CLAUDEVAN SOUSA
			PLANTONISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	06/04/17	Hora da Alta:	13:00		
Tipo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência	☐ Óbito	☐ Evasão
Condições de Alta:	Melhora clinica				
Diagnóstico Principal.....	Fratura deslocada de tíbia 10				
Diagnóstico Secundário01..	REVISADO				
Diagnóstico Secundário02..	CJH - HMA				
Procedimento.....	HMB				

Elcio Gonçalves
CRM 230448

Médico e CRM:

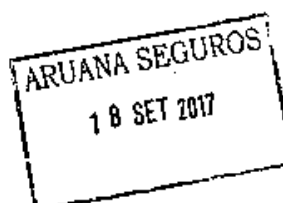
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinado, autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que sejam necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

de de

Adriane Karden
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/04/2017 02:26

Nome Paciente:	MAKLEY GOMES DE SANTANA
Cód. Paciente:	101941
Data de Nascimento:	02/03/1998
Sexo:	Masculino
Idade:	19
Senha:	0006
Convênio:	2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento:	373495
SAME:	90297

Período: 08/04/2017 02:40 - 08/04/2017 02:40

RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	EMERGENCIA VERMELHO
Cor:	VERMELHO
Queixa Principal:	PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU DE PAULISTA COM SENHA 343495 VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO COM TCE LEVE + FRATURA EM PERNA DIREITA
Observação:	ENCAMINHADO A SALA VERMELHA
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Eliminador(es):	- DOR INTENSA (8-10/10)
Especialidade:	CIRURGIA GERAL

REVISADO
NEPI-HMA

Acolhido(a) por: RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/04/2017 02:40

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 373495

Senha da Classificação:

Data e Hora: 08/04/2017 02:37

0006

Paciente: 101941 MAKLEY GOMES DE SANTANA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 02/03/1998 Idade: 19 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: MARIA DO CARMO GOMES DE SANTANA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL CRM: 12347
Endereço: RUA CENTO E ONZE 17 Bairro: CAETES I
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 02:30h

Queixa Principal

Paciente vítima de COLISÃO CARRO X CARRO HA OSMOM
QUANDO SU DO DOZ COM MIO E LIMPOCAO EMBOLICA

Exame Fisico

GLB, CONSCIENTE, ORIENTADO, GERALMENTE ACORDADO ECG = 15
MIO: DOZ + TROMBA + DIFORMIDADE COM 173 HEDIO DE RUINA (1)
NV PAUSADISSIMO

Hipótese Diagnóstica

(1) POLITRAUMA (2) FC FETURADA DO MIO ?

Prescrição Médica

(1) SOLICITO RX BACIA, PUNHA (1), CERVICAL, TÓRAX

(2) AVALIAÇÃO DE CIRCULACAO GERAL

Luiz Talyria Neto
CRM 123456789
08/04/2017

Paciente com EX NÁUSEA A TÍDIA (1) FERNANDA

CIDTAC LOCO-PRODOTIVA NED

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017



08/04/18

C. final

Vítima de acidente como-como. Sobre
TCE, sem perda de consciência ou vômitos.
Pelota dor em MID e leve em crânio.
Ingresso bebida alcoólica.

A - Vias aéreas livres + color cervical

B - MID em Alt 1/100 FB: 201mm

C - Rm em 20 BNF 1/100 FC: 104 bpm

D - Gloriosa 15, pupilas isocólicas e fotoreagíveis

E - Lado em Frente, sem movimento ativo

Não houve dor em coluna, o palpato da coluna
não foi dor.
Pele intacta.

ABD: Decimo, deprimido, audível o palpato.

os: 1) Solicito TC de crânio e
coluna cervical.

2) Retirar placa nítida após

TC

3) Manter color cervical até 2ª ordem

4) Aspirina 1g - 02 amp + AD

1) Trauma 100g + 1000mg 9x 2

Guilherme Carvalho
Res. Criminal
CRIME 2000

04/10

TC cervical e crânio sem alterações.

os: 1) Retirar color cervical e placa nítida
2) Osmoço.

Guilherme Carvalho
Res. Criminal
CRIME 2000

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Makley Gomes de Santana

REG.: 101944 SETOR: _____

ENFERMARIA: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
10/04/17	#501#
10h	08:19 am
	HD: 1) Fratura de tíbia 2) pé fixo.
	Paciente estável e sem queixas
	Exame, supine, consciente e orientado
	CD: 1) Eleva membros acometido
	2) Cuidados locais
	3) Aguarda programação cirúrgica
	Dr. Hyron B. F. F.
	Dr. Hyron B. F. F.
	#501#
11/04/2017	08:19 am
08:50	# HD: 1) Fratura de diáfise de tíbia fixa
	# Paciente estável, sem queixas
	# Exame, supine, hidratado, vigil, orientado
	# Em uso de: Analgésicos
	# CD: 1) Início antibioticoterapia com
	cefotaxima.
	2) Cuidados locais
	3) Eleva membros acometido
	Dr. André F. F. F.
	Dr. André F. F. F.

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Manley Gomes do Santos

REG: LO1444 SETOR: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
8/04/19	Conc. 200
21/06	
	Del. volume de poltocom e fatur. física de tubo dent.
	Imagens do tórax em alteração
	No momento, respirável, de 10 cm
	do. CD. Alta de ex. qual.
	Aquela vacuolizante e com deformação.
8/04/19	#207
	-> MID: fratura de tubo D
	-> Exame Volume de oxigênio autoadministrado na 3ª h, com exatidão extensa hemodinâmica com guias de dor em MID
	-> EF: BEG, LOTE AAA, espais, hidrotado, marmoreado MID: abno em h. 12, com limitação funcional
	-CD: Sotermamento

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017

Dr. Nelson Xavier
Cirurgião Geral
CRM-PE 20470

Dr. Felipe Holanda
Cirurgião Traumatologista
CRM-PE 20435



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 42352
Paciente : 101941
Convênio Atend. : 1
Leito : 554
Dt. Início : 15/04/2017 16:38
Cid Pré-Operatório : S822
Cid Pós-Operatório : S822

Sala : 0002 SALA 02
MAKLEY GOMES DE SANTANA
SUS - INTERNACAO
VERO2-01
Dt. Fim : 15/04/2017 17:34
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 373563
Carteira :
Idade : 19 Anos 13 Dias 16 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 19769 THIAGO GOMES DOS ANJOS

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DA TIBIA DIREITA
CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA
CIRURGIÃO: DR. ELIO
1º AUXÍLIO: DR. RODRIGO DAMASCENO
2º AUXÍLIO: DR. PEDRO CUNHA
ANESTESISTA: DRA. SILVA
ANESTESIA: RAQUI

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MID;
4. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO DIREITO;
5. DISSECÇÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
6. ABERTO CANAL MEDULAR DA TIBIA;
7. PASSADO FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DA FRATURA DA TIBIA;
8. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESAS Nº 8, 9 E 10;
9. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 9 X 320;
10. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS (30 E 35) E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS (40 E 45)
11. OBSERVADO BOM POSICIONAMENTO DA HASTE COM AUXÍLIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGENS
11. LIMPEZA COM SF 0.9%;
12. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCRIL 1-0 E NYLON 3-0;
13. CURATIVO;

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Pedro Cunha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23.958

FATURADO
18/04/17
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

DR(A) : THIAGO GOMES DOS ANJOS
CRM : 19769

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017





2ª Vice

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: McKley Gomes de Sordane REG: 101741
IDADE: 10m SEXO: M DATA DA ADMISSÃO: 09/04/12 DATA DA ALTA: 16/09/17
DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMENTO REALIZADO:

HIMB com folha de tina ①

ORIENTAÇÃO:

Uma cl. longa com fôrma do
AB e AINE p/ cont
sistema de drenagem
curativo diário

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO ☒ SIM ☐ NÃO ()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

4 2 semanas PJ
Dr Jefferson
Colme

Elis Rodrigues
Assinatura
CEN 106.443

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017



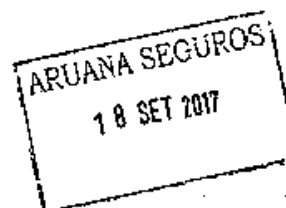
DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 373485 Prontuário: 101941 SAME: 90297 Hora Atend: 02:37 Data Atend: 08/04/2017
Paciente.....: MAKLEY GOMES DE SANTANA Idade: 19 a
Endereço.....: RUA CENTO E ONZE
Bairro.....: CAETES I
Cidade.....: ABREU E LIMA
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA UF: PE CEP: 53530780
CID Principal.....: Plano: PLANO UNICO
CID's Secundários:
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNAÇÃO
Data Saída.....: 09/04/2017 Hora Saída: 02:36

Prestador da Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAGES DE ALENCAR



Atendimento: 373563

Atendimento: 09/04/2017 - 02:38

Di Alta: 16/04/2017 - 17:00

Paciente: 101941 MAKLEY GOMES DE SANTANA

Serviço: 37 ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leio: 554 VERD2-01

Plano: 1 GERAL

Ativo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ANDREIAKMS

CID:

Atendimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ANDREIA KARLA MONTEIRO SENNA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDADA TORO
O TÍTULO NACIONAL
1479189297

PROIBIDO PLASTICAR
1479189297

NOME
MARLEY GOMES DE SANTANA

DOC. IDENTIDADE / ONE. ENDOPOTUF
9220487 SEM PR

CPF
133.641.824-39

DATA NASCIMENTO
02/03/1990

FRANÇÃO
MARCEL PANTALEAO DE SA
STAVA FILHO
MARIA DO CARMO GOMES D
E SANTANA

PERMISSÃO
PERMISSÃO

CAT. PR
AN

Nº REGISTRO
0570346446

VALIDADE
16/09/2017

1ª VALIDADE
16/09/2016

OBSERVAÇÕES
EXR

ASSINATURA DO PORTADOR
MARLEY GOMES DE SANTANA

LOCAL
PAULISTA, PR

DATA EMISSÃO
15/06/2017

Assinatura do Diretor Presidente
02781097716
22079637700

PERNAMBUCO

Documentos de identificação



ARUANA SEGUROS
18 SET 2017



Documentos de Identificacao



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS EXATAS
DEPARTAMENTO DE MATEMÁTICA
INSTITUTO DE MATEMÁTICA

ALYSSON CLAUDIO CAMILO FERREIRA

DOC. IDENTIFIC. (CPF/ENTRADA)
969703 808 98

CPF
083.964.624-58

DATA NASCIMENTO
27/06/1991

FUNÇÃO
PROFESSOR CLAUDIO CAMILO FERREIRA

ADRESA CAMPO DA
SILVA FERREIRA

PROFESSOR
04823002084

ALUADO
14/10/2015

PROFESSOR
30/11/2005

Observações
Sem observações

Assinatura do Professor
[Assinatura]

LOCAL
RECEBE

DATA
15/10/2014

Assinatura do Recebido
[Assinatura]

PROFESSOR
01588634679
97962377375

969338554

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170511780 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAKLEY GOMES DE SANTANA **Data do acidente:** 08/04/2017 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO E FRATURA DE PERNA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DA ELSAO DO CRANIO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ELSAO DA PERNA DIREITA COM HASTE INTRAMEDULAR, FEZ 16 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM DEFICIT NEUROLOGICO, COM DOR, DIMINUIÇÃO DA FORÇA E COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO E D TORNOZELO A DIREITA COM REPERCUSSÃO LEVE NA MARCHA ESTA DE ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/10/2017

Conduta mantida:

Observações: obs - NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170511780 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAKLEY GOMES DE SANTANA **Data do acidente:** 08/04/2017 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura diafisária da tíbia direita
Tce

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever 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: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais causadas pelo trauma descrito.

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: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letra de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: MARLEY GOMES DE SANTANA
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: SOLTEIRO
 Identidade: 9.220.487 303/00
 CPF: 113.041.824-59
 Profissão: ESTUDANTE
 Endereço: RUA DOZIS ALVARA - E, Nº 12 VILA MILITAR, ABRU E LIMA
 CEP: 53.530-015
 Telefone: (01) 9 8831-5072



ORTOGADO:

Nome: Allysson Claudio Candido Ferreira
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: Solteiro
 Identidade: 7.809-703
 CPF: 082.964.624-86
 Profissão: Estudante
 Endereço: Rua Algodoeiro, 65, Jardim Fragoso, Olinda-PE
 CEP: 53.250-050
 Telefone: (81) 98550-8335

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima:

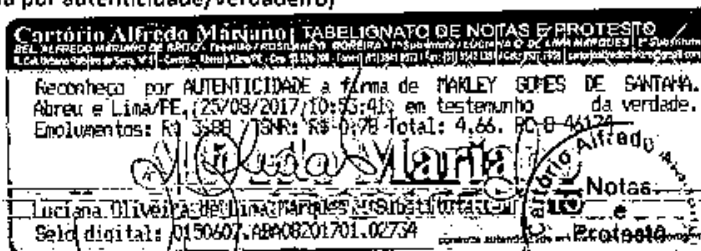
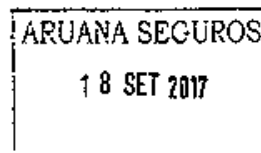
MARLEY GOMES DE SANTANA



ABRU E LIMA, 25 DE ABRIL DE 2017.
 Local e data

MARLEY GOMES DE SANTANA
 Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11713297

A/C: MAKLEY GOMES DE SANTANA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170511780 ASL-0362405/17
Vitima: MAKLEY GOMES DE SANTANA
Data Acidente: 08/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01671/01672 - carta_01



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2017

Carta nº: 11745650

A/C: MAKLEY GOMES DE SANTANA

Sinistro: 3170511780 ASL-0362405/17
Vítima: MAKLEY GOMES DE SANTANA
Data Acidente: 08/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00697/00698 - carta_02

00050349



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11854962

A/C: MAKLEY GOMES DE SANTANA

Sinistro: 3170511780 ASL-0362405/17
Vitima: MAKLEY GOMES DE SANTANA
Data Acidente: 08/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: MAKLEY GOMES DE SANTANA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003122

Conta: 0000020323-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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. 01289/01290 - carta_15R



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170511780 - 1
Nome do(a) Examinado(a): MAKLEY GOMES DE SANTANA
Endereço do(a) Examinado(a): RUA ONZE (VI MILITAR) nº 00017 - CAETÉS I - ABREU E LIMA/PE
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 9220497 - SSP
Data local do exame: 16/10/2017 RECIFE/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMATISMO CRANIANO E FRATURA DE PERNA DIREITA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM

☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR DA ELSAO DO CRANIO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ELSAO DA PERNA DIREITA COM HASTE INTRAMEDULAR, FEZ 16 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM DEFICIT NEUROLÓGICO, COM DOR, DIMINUIÇÃO DA FORÇA E COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO E D TORNZELO A DIREITA COM REPERCUSSÃO LEVE NA MARCHA ESTA DE ALTA MEDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM

☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO.

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR. -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 16/10/2017

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO

Autorização de pagamento



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Maxley Gomes De Santana

PORTADOR(A) DO RG Nº 9.220.497

EXPEDIDO POR SDS - PE

EM 15/06/17

CPF 1.136.418.245-9 / CNPJ

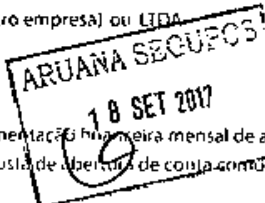
PROFISSÃO PEUZO

RENDA MENSAL DE R\$ PEUZO (R\$) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maxley Gomes de Santana. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

De acordo com a Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados.

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA
- Conta conjunta quando o beneficiário vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, exceto a não posterior de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação do código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO N.º da AGÊNCIA (com dígito, se existir) N.º da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N.º da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3122 N.º da CONTA (com dígito, se existir) 20.323-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Abreu Lima, 19 de Setembro de 2017 Maxley Gomes de Santana
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos dependentes/beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.941/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de indenização, acesse www.dpvatseguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





AUTO-ATENDIMENTO - AG AV GUARARAPES
DATA: 15/09/2017 HORA: 16:50:26
TERMINAL: 00451266 CONTROLE: 004512660064

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO DE CHEQUES

CONTA CREDITADA: 3122.013.00020323-1
NOME: MAXLEY GOMES DE SANTANA

VALOR TOTAL DOS CHEQUES: 505,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 5363750117
NÚMERO DE CONTROLE: 258403475

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

ARUANA SEGUROS

18 SET 2017





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº / ANO
J-850/17



Boletim de ocorrência



I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

Município	PAULISTA			Rodovia	PE-022	Rm	
Ponto de Referência	HOTEL VILA MAR					Data	08/04/2017
Dia da Semana	SABADO	HORA OCORRÊNCIA	00:30	Hora/Cheg./Pr			01:05

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO	ABALROAMENTO	COLISÃO	CHOQUE	CAPOTAMENTO
Pedestre	Longitudinal	Frontal	Poste, Árvore	Tombamento
Animal	Transversal	Traseira	Muro, Casa	Saida da Pista
			Veículo Parado	Outros

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA	COM VITIMA	X	MORTOS	FERIDOS	X
Nº VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE	02	IDENT.	02	NÃO IDENT.	TOTAL
					02

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACTO. VERIFICADO	CONDICÕES/VIA	CONDICÕES/TEMPO	PERÍODO/DIA	SEMAFORO
Longo da Via	Seca	Bom	Manhã	S/Defeito
Cruzamento	Molhada	Chuva	Tarde	C/Defeito
Outros	Enlameada	Neblina	Noite	Desligado
	Olhada	Garça	Madrugada	N/Existe

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial	Placa "Pare"	MÃO DE DIREÇÃO	DIVISÃO DA VIA
F. Pedestre	Placa "Dê a Preferência"	Única	Faixa Contínua
F. Retenção	Não há Placas	Dupla	Centro Central
			Blacos
			Outros

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2	COMPORTAMENTO - VI/V2
- Realizado no Local	- Permaneceu no local
- Enc. Para Exame	- Socorrido
- Não foi Realizado	- Evadiu-se

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário		Tomou Conhecimento	
Natureza das Avarias			



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bd. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Marechal Floriano Peixoto, 70 - CEP 52401-400 - Recife/PE - Fone: (81) 3012-6001



Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original; Dou
fé. Paulista/PE, 14/08/2017 12:09:02. Emol: R\$ 2,99; TSNR: R\$ 0,66;
FERC: R\$ 0,33. Op. 210 ISRAEL LAURENTINO DE PAULA - Escrevente.
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
0077552.9798201701.06890

ARGANA SEGUROS
18 SET 2017



VII - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - VI/VI2		ESPÉCIE - VI/VI2		CATEGORIA - VI/VI2	
Automotor	VI/VI2	Passageiro	VI/VI2	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	VI2
De tração animal		Trção		Aluguel	VI1

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01									
Marca	FIAT	Modelo	SIENA	Ano	2016	Renavam	1097897289	Placa	PKK-8279
Município	PAULISTA PE	Nº do Chassis	9DB19716TG3311004	Veículo de Carga nº de Eixo					
Carregado		Apreendido		Liberado	X	Evadiu - se			
Proprietário	DAVID TINOCO MACIEL								
Residência	RUA POMBOS, N 435								
Município	PAULISTA	Rg	4180417	Org. Exp.	SSP PE	CPF	769.583.024-00	Bairro	JANGA
Condutor	DAVID TINOCO MACIEL								
Residência	RUA POMBOS, 435								
Município	PAULISTA	Rg	4180417	Org. Exp.	SSP PE	CPF	769.583.024-00	Bairro	JANGA
CNH/Pront./ Nº	03541623695	Categoria	AB	Validade	18/10/2018	Hora/Dia			

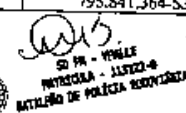
VEÍCULO - 02									
Marca	GM	Modelo	PRISMA	Ano	2014/15	Renavam	1033688204	Placa	PCT-0861
Município	ABREU E LIMA PE	Nº do Chassis	2BGKS69L0FG301703	Veículo de Carga nº de Eixo					
Carregado		Apreendido		Liberado	X	Evadiu - se			
Proprietário	JUVINO RODRIGUES GOMES								
Residência	RUA 4, QD H, 17								
Município	ABREU E LIMA PE	Rg	39307	Org. Exp.	PMPE	CPF	795.841.364-53	Bairro	CAETES EE
Condutor	JHONATAN DA SILVA GOMES								
Residência	RUA 4, QD H, 17								
Município	ABREU E LIMA PE	Rg	8821748	Org. Exp.	SDS PE	CPF	108.451.724-84	Bairro	CAETES II
CNH/Pront./ Nº	06226828920	Categoria	AB	Validade	29/07/2019	Hora/Dia			

TESTEMUNHA - 01									
Nome		Idade		Sexo		Profissão			
Residência		Bairro							
Município		U.F.	Rg	Org. Exp.		CPF			

TESTEMUNHA - 02									
Nome		Idade		Sexo		Profissão			
Residência		Bairro							
Município		U.F.	Rg	Org. Exp.		CPF			

VITIMA - 01									
Nome	DAVID TINOCO MACIEL	Natureza dos Ferimentos	Leve	X	Graves		Mortais		
Estado Civil	CASADO	Idade	45	Sexo	M	Nacionalidade			
Profissão	TAXISTA	Residência	RUA POMBOS, 435	Bairro	JANGA				
Município	PAULISTA	UF	PE	Rg	4180417	Org. Exp.	SSP PE	CPF	769.583.024-00
Socorrido	UPA DE IGARASSU								
Dados Fornecidos Por	EDUARDO CARLOS DA SILVA								
Residência	AV. CLAUDIO LEITE, N 1364								
Município	PAULISTA	UF	PE	Rg		Org. Exp.		Bairro	JANGA
								CPF	

VITIMA - 02									
Nome	JHONATAN DA SILVA GOMES	Natureza dos Ferimentos	Leve	X	Graves		Mortais		
Estado Civil	SOLTEIRO	Idade	20	Sexo	M	Nacionalidade			
Profissão		Residência	RUA 4, QD H, 17	Bairro	CAETES				
Município	ABREU E LIMA	UF	PE	Rg	8821748	Org. Exp.	SDS PE	CPF	108.451.724-84
Socorrido	HOSPITAL DA RESTAURACAO								
Dados Fornecidos Por	JUVINO RODRIGUES GOMES								
Residência	RUA 4, QD H, 17								
Município	ABREU E LIMA	UF	PE	Rg	39367	Org. Exp.	PMPE	CPF	795.841.364-53



ARUANA SEGUROS
18 SET 2017

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bd. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Marechal Floriano Peixoto, 78 - CEP 55401-490 - Paulista / PE - Fone: (81) 2015-0001

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original; Dou fé. Paulista/PE, 14/08/2017 12:09:02. Emol: R\$ 2,99; ISNR: R\$ 0,66; FERC: R\$ 0,33. Op.210 ISRAEL LAURENTINO DE PAULA - Escrevente. Consulte autenticidade em wdd.tipo.jus.br/selodigital 0077552.KJ08201701.06891

[Handwritten signature]



XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

V1 / V2	V3 / V2
Dirigir S/CNH (Art. 162 I CTB)	Deixar de Prestar Inform. st. acíd. (Art. 176 V CTB)
Conduzir Veic.ã Lic. (Art. 230 V CTB)	Desob. Ordens do Agente tráf. (Art. 195 CTB)
Conduzir Veic.ã Doc. Parte Obrig. (Art. 232 CTB)	Conduzir Veic. C/Lacore Violado (Art. 230 I CTB)
Dirigir Sob. Influên. Alcool (Art. 165 CTB)	Conduzir Veic. St. Placa (Art. 230 IV CTB)
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB)	Conduzir Veic. C/Lacore Ueg. (Art. 230 VI CTB)
Deixar de Adotar Prov. P/ Evitar Perigo Tráf. (Art. 176 II CTB)	Conduzir Veic. Altur. De Correu. (Art. 230 VII CTB)
Deixar de Preserv. Local de Acíd. (Art. 176 III CTB)	Conduzir Veic. Defeitu. Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB)
Deixar de Remover Veic. Qdo. Detenu. (Art. 176 IV CTB)	Diuros

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 01

EM ANEXO

VEÍCULO - 02

EM ANEXO

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1. Rebote Efetuado	Polícia Militar	Particular	Não Efetuado
2. Comunicado à Delegacia de			
Nome do Recebedor da Ocorrência			
XVII - Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	CP PM	Matricula
XVIII - Digitador do SSTA	SD PM YHALLE	Of. Chefe do SSTA	Nome
			LUCIANO
			CAP PM NEGROMONTE



Este documento original que a...

foi apreendido

Data: 11/04/17

SD PM 112394-1



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO

Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador

Av. Manoel Epitácio Pessoa, 76 - CEP 53011-400 - Recife (PE) - Fone: (51) 3015-0001

NOTARIADO DE PERNAMBUCO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original; Dou fé. Paulista/PE, 14/08/2017 12:09:02. Emol: R\$ 2,99; TSMR: R\$ 0,66; FERC: R\$ 0,33. Op.210 ISRAEL LAURENTINO DE PAULA - Escrevente.

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/secedigital

0077552.HYL06201701.06892

[Assinatura]



IV - SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Caminhão ou Trator -		Marcha à frente -	
Trem -		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -		Derrapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Fixo		Depois da Colisão -	

XIII - CROQUI

EM ANEXO



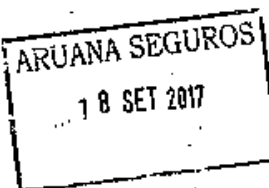
SO PM - YNALL
PARTICULAR - 115221-4
MANTOJA DE POLÍCIA RECOGNIDA



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Manoel Pereira Torres, 15 - CEP 54011-200 - Paulista / PE - Fone: (81) 3010-2001



Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original; Dou fé. Paulista/PE, 14/08/2017 12:09:02. Emol: R\$ 2,99; TSMR: R\$ 0,66;
FERC: R\$ 0,33. Op.210 ISRAEL LAURENTINO DE PAULA - Escrevente.
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
0077552.XTH08201701.66893



BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA
SUBSECAO DE TRAFEGO E ACIDENTE

ANEXO AD B.A.T. Nº



VITIMA - 03

Nome		MAYDSON GOMES DE SANTANA		Natureza dos Ferimentos		Leve	Graves	X	Mortais
Estado Civil	SOLTEIRO	Idade	20	Sexo	M	Motorista	Passageiro	X	Pedestre
Profissão	OPERADOR TEL.	Residência	RUA 4 QD H. 14			Nacionalidade	BRA	Naturalidade	
Município	ABREU E LIMA	UF	PE	Rg.	9220480	Org. Exp.	SDS PE	CPF	113.641.741-14
Socorrido	HOSPITAL MIGUEL ARRAES					Município			CAETES II
Dados Fornecidos Por	MANOEL PANTALEAO DE SANTANA FILHO								
Residência	RUA 4 QD H. 14								
Município	ABREU E LIMA	UF	PE	Rg.	13523	Org. Exp.	PMPE	CPF	

VITIMA - 04

Nome		MAYDSON GOMES DE SANTANA		Natureza dos Ferimentos		Leve	Graves	X	Mortais
Estado Civil	SOLTEIRO	Idade	19	Sexo	M	Motorista	Passageiro	X	Pedestre
Profissão	OPERADOR TEL.	Residência	RUA 4 QD H. 14			Nacionalidade	BRA	Naturalidade	
Município	ABREU E LIMA	UF	PE	Rg.		Org. Exp.		CPF	CAETES II
Socorrido	HOSPITAL MIGUEL ARRAES					Município			
Dados Fornecidos Por	MANOEL PANTALEAO DE SANTANA FILHO								
Residência	RUA 4 QD H. 14								
Município	ABREU E LIMA	UF	PE	Rg.	23523	Org. Exp.	PMPE	CPF	

VITIMA - 05

Nome				Natureza dos Ferimentos		Leve	Graves		Mortais
Estado Civil		Idade		Sexo		Motorista	Passageiro		Pedestre
Profissão		Residência				Nacionalidade		Naturalidade	
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF	
Socorrido						Município			
Dados Fornecidos Por									
Residência									
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF	

VITIMA - 06

Nome				Natureza dos Ferimentos		Leve	Graves		Mortais
Estado Civil		Idade		Sexo		Motorista	Passageiro		Pedestre
Profissão		Residência				Nacionalidade		Naturalidade	
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF	
Socorrido						Município			
Dados Fornecidos Por									
Residência									
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF	

VITIMA - 07

Nome				Natureza dos Ferimentos		Leve	Graves		Mortais
Estado Civil		Idade		Sexo		Motorista	Passageiro		Pedestre
Profissão		Residência				Nacionalidade		Naturalidade	
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF	
Socorrido						Município			
Dados Fornecidos Por									
Residência									
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF	

ARUANA SEGUROS

18 SET 2017



SE PR - VIALLA
AUTOCOLA - 11322-4
BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bd. Paulo de Siqueira Campos - Mdtório o Registrador
Av. Marechal Floriano Peixoto, 78 - CEP 55401-400 - Paulista / PE - Fone: (81) 3010-0001

NOTARIAL - 11322-4
PROCURADOR - 11322-4
LUIZ, GONCALVES, ETC
Superioridade de 11322-4

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original; Dou fé. Paulista/PE, 14/08/2017 12:09:02. Emol: R\$ 2,99; TSNR: R\$ 0,66; FERC: R\$ 0,33. Op.210 ISRAEL LAURENTINO DE PAULA - Escrevente. Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital 0077552.BJI08201701.06894

[Assinatura manuscrita]



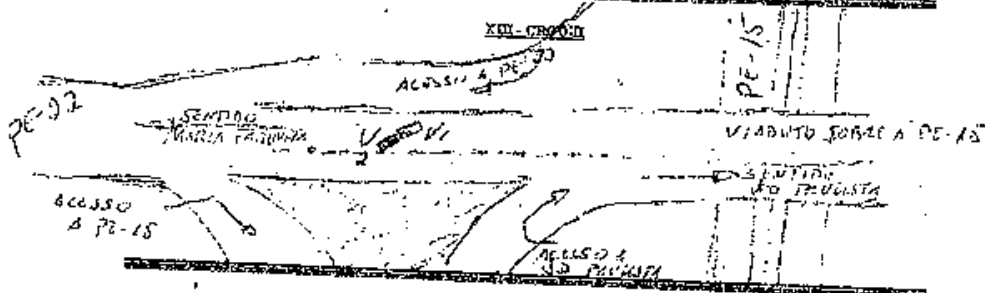


DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
PMPE - DGO - CPE - BPRV
Brasília-DF, 14/08/2017



XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

Dirigir sob influência de álcool (Art. 170, I, CTB)	VI 12	Deixar de prestar informações (Art. 175, v, CTB)
Conduzir veículo sob influência de álcool (Art. 170, II, CTB)		Deixar de prestar informações (Art. 175, v, CTB)
Dirigir sob influência de álcool (Art. 170, III, CTB)		Deixar de prestar informações (Art. 175, v, CTB)
Deixar de prestar informações (Art. 175, v, CTB)		Deixar de prestar informações (Art. 175, v, CTB)
Deixar de prestar informações (Art. 175, v, CTB)		Deixar de prestar informações (Art. 175, v, CTB)
Deixar de prestar informações (Art. 175, v, CTB)		Deixar de prestar informações (Art. 175, v, CTB)
Deixar de prestar informações (Art. 175, v, CTB)		Deixar de prestar informações (Art. 175, v, CTB)
Deixar de prestar informações (Art. 175, v, CTB)		Deixar de prestar informações (Art. 175, v, CTB)
Deixar de prestar informações (Art. 175, v, CTB)		Deixar de prestar informações (Art. 175, v, CTB)
Deixar de prestar informações (Art. 175, v, CTB)		Deixar de prestar informações (Art. 175, v, CTB)



XIV - SIMBOLOGIA

	Automóvel e outros veículos de 4 rodas		Incêndio
	Ônibus, Caminhão e Trens		Marcha à Frente
	Veículo de 2 ou 3 Rodas		Marcha à Ré
	Pedestre		Derapagem
	Animal		Capotamento ou Tombamento
	Objeto Fixo		Local da Colisão
			Depois da Colisão

Fiot/PIRMA

XV - AVARIAS APARENTES GM/PAUSA

VEÍCULO-1
PARTE FRONTAL DO VEÍCULO
TOTALMENTE DANIFICADA.

VEÍCULO-02
PARTE FRONTAL DO VEÍCULO
TOTALMENTE DANIFICADA

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar Particular Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de: Nome do receptor da ocorrência: Hora: Matricula:

XVII - RESPONSÁVEL PELO BAT.	POSTO/GRAD.	MATRICULA	NOME
CB		930257-2	ASS: [Signature]

XVIII - Datilógrafo SSTA: Of. Chefe SSTA:



ARUANA SEGUROS
18 SET 2017

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Dat. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Marechal Floriano Peixoto, 75 - CEP 53021-100 - Paulista / PE - Fone: (081) 3010-0201

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original; Dou
16. Paulista/PE, 14/08/2017 12:09:02. Empl: R\$ 2,99; TST: R\$ 0,66;
FISC: R\$ 0,33. Op.210 ISRAEL LAURENTINO DE PAULA - Escrivão;
Consulta autenticidade em: www.tipe.jus.br/selodigital
0077552.MF08201701.06895





BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº 7-850/17)

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

SOCIEDADE

Veículo: *PHILIA*

Nome do Condutor: *JOSEVATAN DO SILVA GOMES*

RG: *8821748*

Orgão Expedidor: *SDS-PC* CPF: *188451224-84*

Placa do Veículo: *PE 0861*

Data: *08/04/17* Hora: *20:30*

Assinatura: *SOCIEDADE*



ARJANA SEGUROS
18 SET 2017

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegal será de responsabilidade do signatário.



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO

Set. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Manoel Pereira Gomes, 78 - CEP 54071-430 - Paulista / PE - Fone: (81) 3010-2201

• Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original; Dou fé. Paulista/PE, 14/08/2017 12:09:02. Emol: R\$ 2,99; TSNR: R\$ 0,66; FERC: R\$ 0,33. Op.210 ISRAEL LAURENTINO DE PAULA - Escrevente. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital 0077552-HB-08201701:06896



Assinado





BATALÃO DE POLÍCIA Rodoviária
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES -- (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº F-2501/17).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:



SOCOLATO

 Veículo: F-171 SLEVA
 Nome do Condutor: DAVID TRINCO MACIEL
 RG: 9180413 Órgão Expedidor: SDS PE CPF: 769.583.224-00
 Placa do Veículo: PKK 8179 Data: 28.09.17 Hora: 00:30

Assinatura: SOCOLATO

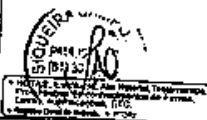


ARUANA SEGUROS
18 SET 2017

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
 Bel. Paulo de Skuesne Campos - Notário e Registrador
 Av. Manoel Floriano Petró, 75 - CEP: 53001-100 - Paulista (PE) - Fone: (81) 3010-4001



Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original; Dou fé. Paulista/PE, 14/08/2017 12:09:02. Empl: R\$ 2,00; TPA: R\$ 0,66; FISC: R\$ 0,33. Op. 210 ISRAEL - LAURENTINO DE PAULA - Escrevente.
 Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital
 0077552.HF08201701.06877

Assinatura



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Maxley Gomes De Santana, portador da carteira de identidade nº 9230497 e inscrito no CPF/MF sob o nº 113.641.824-59, residente e domiciliado na R-Onze - Villa Militar, nº 00017, Carter I, Cidade Abreu e Lima, Estado PE, 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:

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

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

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

Maxley Gomes De Santana

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Abreu e Lima, 19 de Setembro de 2017

Local e data





Comprovação de ato declaratório



**SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

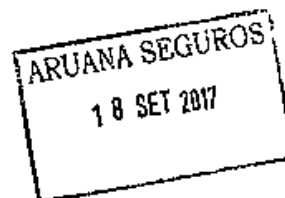
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 26.08.2017
EM: 29.08.2017

Atendendo ao requerimento do Sr. MAKLEY GOMES DE SANTANA, RG Nº 9.220.487 SDS – PE, CPF Nº 113.641.824-8-59, declaramos que baseado na ficha de Ocorrência Nº S – 317477, do dia 08 de abril de 2017, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Paulista, por volta das 01hs e 36min, vítima de colisão de automóvel x automóvel, na Rodovia PE - 22, S/N – Paulista, nas proximidades do Hotel Via Mar, sendo em seguida removido para o Hospital Miguel Arraes.

Jeane Andréa da Silva
Jeane Andréa da Silva
COREN 172162
Coordenadora de Enfermagem
SAMU-Paulista MAT. 60850

Jeane Andréa da Silva
Enfermeira
COREN-PE 172162



Av. Antônio Cabral de Souza nº810, Maranguape | CEP 53421-420 – Paulista/PE.



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:	18/10/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAKLEY GOMES DE SANTANA

BANCO: 104

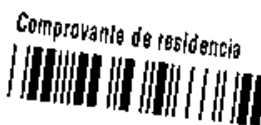
AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000020323-1

Nr. da Autenticação DFF24FFE47E1ADAA



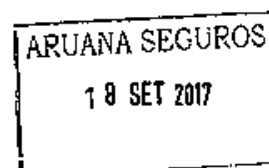
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marley Gomes De SantanaRG nº 9.220.497, data de expedição 15/06/14, Órgão SDS/RS

CPF nº 113.641.824-69, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Onze - Villa Militar</u>
Número	<u>00017</u>
Apto / Complemento	<u>Casa - Quadra C</u>
Bairro	<u>Paraisópolis</u>
Cidade	<u>Abreu e Lima</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53500-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 98550-8335</u>
E-mail	<u>allyssonclaudio91@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Abreu e Lima, 19 de Setembro de 2014Assinatura do Declarante: Marley Gomes De Santana



CNPJ 09.769.030/0001-04
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA 80928110 Jun/2017	
MARIA DO CARMO GOMES DE SANTANA			
R. ONZE - VILA MILITAR, N.º 00037 - QUADRA C - CAETES I ABREU E			
LIMA PE 53500-000			
INSCRIÇÃO: 338-170-063-0218-000 GRUPO: 17 DES. AUTOMÁTICO: 080928110			
SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUALIDADE DE AGUA	
LIGADO	LIGADO	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA	
HIDROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	Tipo de Consumo (R\$)
NÃO-MEDIDO			Nº-MEDIDO / Nº-MEDIDO
AGUA:	CONSUMO: 10	ESGOTO:	VOLUME: 10
LEIT. ANT:		LEIT. ANT:	
LEIT. ATU:		LEIT. ATU:	
LEIT. FAT:		LEIT. FAT:	
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERENCIA	CONSUMO	PARÂMETROS	
05/2017	10 /10	NÚMERO DE AMOSTRAS	
04/2017	10 /10	EXIG. PORT. ANÁLISES ATENDE	
03/2017	10 /10	NS 2.919/11 REALIZ. A LEGIS	
02/2017	10 /10	TURBIDEZ 43 43 43	
01/2017	10 /10	COR APARENTE 43 43 43	
12/2016	10 /10	CLORO RESIDUAL 43 43 43	
		COLIF. TOTAIS 43 43 42	
		E. COLI 43 43 43	
MÉDIA: 10 /10 Qualidade de Água: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS			
(2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO			
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA			
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES			
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)	
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA	10 m³	40,18	
ESGOTO 48,00 % DO VALOR DE ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ESGOTO	10 m³	19,29	
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2017		1,20	
JUROS DE MORA 04/2017		0,61	
		59,47	
		1,65	
		7,00	
		4,98	

VENCIMENTO:

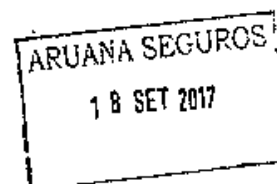
25/07/2017

TOTAL A PAGAR:

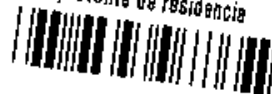
61,28

MENSAGEM:

compesa	
ATENÇÃO: NÃO DEIXAR SEM VIGILÂNCIA. CUIDADO COM O	
MATRÍCULA	
VENCIMENTO: 25/07/2017	
TOTAL A PAGAR	
4280000000-1-61280015338-1-080928110	



Comprovante de residência



BOLETO ESPECIAL



CIC RECIFE PE CIDB



ALLYSSON CLAUDIO CANDIDO FERREIRA
R ALGODOEIRO 55
JATORA
53250-050 OLINDA - PE
16



DEVOLUÇÃO
ELETRÔNICA
CORREIOS



12507466 DR/CE
HAPVIDA

CORREIOS

VENC: 03/09/2017

www.hapvida.com.br | 11 4000-1111 | 0800 4020 9014
SAL. ORIG. 280 9130 | 11 4000-1111 | 0800 4020 9014

O HAPVIDA NÃO POSSUI COBRADORES
DOMICILIARES. Pague seu boleto somente
nos locais credenciados.

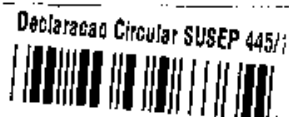
ANS - 1438.829-3

11 4000-1111

ARUANA SEGUROS

18 SET 2017





DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Allysson Claudio C. Ferreira, portador(a) do RG nº 7809703, expedido por SDS - PE, em 15/10/2014, CPF/CNPJ nº 022.964.624-86, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Maxley Gomes de Santana do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Maxley Gomes De Santana, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: REUSO Renda Mensal: R\$ REUSO

Documentos comprobatórios: REUSO

Allysson Claudio C. Ferreira
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

