Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

09/03/2020

Número: **0002270-63.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**
Última distribuição : **15/10/2019**
Valor da causa: **R$ 1.000,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58899546	09/03/2020 09:35	2700574_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA TALHADA/PE

Processo: 00022706320198173370

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 **VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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 **11/03/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 21/06/2018.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo 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$ 1.012,50 (um mil e doze reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015[2].

DA INÉPCIA DA INICIAL

DOCUMENTOS ILEGIVEIS

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

[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;

Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 28/03/18 | Nº Registro: 00015459

Identificação do Paciente: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA | 202 - TRAUMA MASC | 06

Data Nascimento: 25/11/1996 | Idade: | Sexo: Masculino | Cor: Sem Informação

Estado Civil: Solteiro(a) | Filiação: | Nat. Município: SERRA TALHADA | Nacionalidade: Brasileiro

Filiação Pai: LUIZ GONZAGA DA SILVA | Mãe: ADALVA DINIZ DE MEDEIROS SILVA

Endereço: RUA MANOEL PERE[illegible] NB | 1337

Bairro: AABB | Cidade: SERRA TALHADA | Estado: PE | Telefone: (87) 9610-2603

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

Acidente de Trânsito [ ] | Acidente Doméstico [ ] | Outros Acidentes [ ] | Agressão [ ]

Suicídio [ ] | Tentativa | Outros [ ]

Nome do Acompanhante: | Telefone para Contato:

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO: [illegible] HSE [illegible] C. [illegible] [illegible] DOVA-[illegible].

Diagnóstico Inicial: Fratura 5ª MTC E.

E.A.D.T.

Diagnóstico Final

CONDIÇÃO DE ALTA: MOTIVO DA [illegible]

Melhorado [ ] | Decisão Usuário [ ]
Inalterado [ ] | Abandonado [ ]
Piorado [ ] | Transferido [ ]
Óbito-Hosp. [ ] | Evasão [ ]
Óbito-Ext. [ ] | Retorno [ ]

Data de Internamento: 28.03.18
Data de Alta: 30.03.18
Local:

Médico Responsável

Observ.:

Hora:

Pernambuco

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - IS CALHADA

PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA

Masculino

ANA VALDINIZ DE MEDEIROS SILVA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

FRATURA 5 LITO E

FRATURA 5 LITO E

SINAIS VITAIS

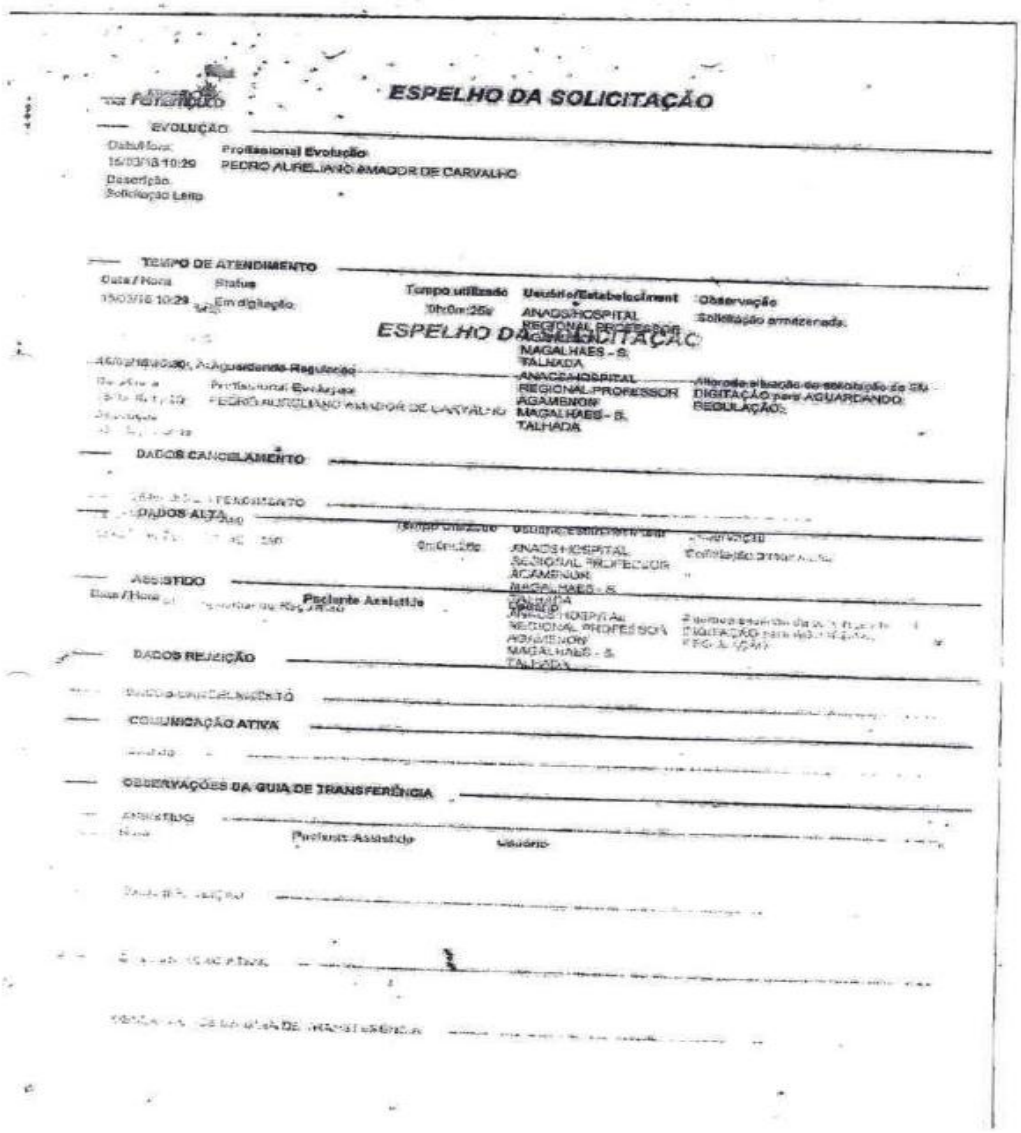
PROCEDIMENTO SOLICITADO

URGÊNCIA

EXECUTANTE

AUTORIZAÇÃO

ESCLARECIMENTOS



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora: 15/03/18 10:29 | Profissional Evolução: PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO | Descrição: Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
15/03/18 10:29	Em digitação	0h:0m:25s	ANAOS HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
[illegible]	Aguardando Regulação		ANAOS HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alteração situação da solicitação de SN DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA

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

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

DO MÉRITO

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC[3].

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.

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$ 1.012,50 (um mil e doze 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321299 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO À ESQUERDA.
Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.
Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FISIOTERAPIA.
Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo.
Sequelas: Com sequela
Data da perícia: 20/12/2018
Conduta mantida:
Observações:
Médico examinador: Leonardo Coelho Bezerra
CRM do médico: 24897
UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R$ 1.012,50
		Total	**7,5 %**	**R$ 1.012,50**

[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)

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

> ***"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."***

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R$ 1.012,50 (um mil e doze 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 **11/03/2018**. Frisa-se que houve pagamento administrativo na no valor de **R$ 1.012,50 (um mil e doze 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: 08/01/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.012,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00914
CONTA: 000000061116-7

Nr. da Autenticação 46D49387CDA539C2

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

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ[4].

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 decerto 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$ 1.012,50 (UM MIL E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[5].

[4] **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."

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[6]

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de

---

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

[6] ***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

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,

SERRA TALHADA, 28 de fevereiro de 2020.

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 a 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 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação?

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

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 esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R$ 9.450,00	R$ 7.087,50	R$ 4.725,00	R$ 2.362,50	R$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R$ 6.750,00	R$ 5.062,50	R$ 3.375,00	R$ 1.687,50	R$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R$ 3.375,00	R$ 2.531,25	R$ 1.687,50	R$ 843,75	R$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R$ 1.350,00	R$ 1.012,50	R$ 675,00	R$ 337,50	R$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/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 **VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA**, em curso perante **a 1ª VARA CÍVEL** da comarca de **SERRA TALHADA**, nos autos do Processo nº 00022706320198173370.

Rio de Janeiro, 28 de fevereiro 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

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

09/03/2020

Número: **0002270-63.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**
Última distribuição : **15/10/2019**
Valor da causa: **R$ 1.000,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58899547	09/03/2020 09:35	ANEXO 1	Outros (Documento)

Declaração do Proprietário do Veiculo

Eu, Luiza Maria Alves da Silva.

RG nº [illegible], data de expedição [illegible].

Órgão [illegible], portador do CPF nº [illegible], com domicilio na cidade de Serra Talhada, no Estado de PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Monsenhor Pedro Paulo nº 153,

complemento casa declaro, sob as penas da Lei, que o veiculo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima [illegible], cujo o condutor era [illegible].

Veiculo: PASSEIO
Modelo: [illegible]
Ano: [illegible]
Placa: [illegible]
Chassi: [illegible]
Data do Acidente: [illegible]
Local e Data: [illegible]

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vitima reclamante do sinistro)

Maria [illegible] Souza
CIC 187 [illegible]

CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - [illegible]
Tabelião: REGINALDO ANSELO DA SILVA
Telefone: (87) 38311-974

Reconheço a firma por Autenticidade de LUIZA MARIA ALVES DA SILVA. Dou Fé. Serra Talhada - PE/Em Test.( ) da verdade. ( ) Reginaldo Anselo da Silva - Titular. ( ) Maria Lúcia de Souza - Substituta. Emol. - R$ 3,39. TSNR - R$ 0,80. FERC - R$ [illegible] ISS - R$ [illegible]
Selo: 0074872.TIX06201801.02012 06/07/2018 11:22:58
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018

HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES - SERRA TALHADA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº:

Data: 11/03/18 | Hora: 16:03

Nome: [illegible] | Idade: [illegible]

Nascimento: [illegible] | Sexo: [illegible] | Estado Civil: Solteiro

Profissão: [illegible] | Profissão: [illegible]

Mãe: [illegible] | Responsável: [illegible]

Endereço: [illegible]

Bairro: [illegible] | Município: [illegible] | Fone:

Convênio: [illegible] | RG: [illegible]

Raça/Cor: | Branca | Preta | Parda | Amarela | Indígena

FR: | Pulso: | HGT: | Temperatura: | Peso:

Historia e Exame Físico:

[illegible]

Tratamento:

[illegible]

EXCELSIOR SEGUROS

Hipotese Diagnostica:

[illegible]

Carimbo e Assinatura:

[illegible]

Medicação Em uso: | Internação: | Encaminhamento: | Transferência: | Cirurgia:

Maurício Pereira Lima
CPF: 040.4[illegible]
CRM: 16.7[illegible]

EXCELSIOR SEGUROS

EXCELSIOR SEGUROS

2 JUN 2011

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

Procedimento

EVOLUÇÃO

Data Hora | Profissional Evolução

Descrição

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuario/Estabelecimento	Observação
[illegible]	Encaminhado	[illegible]	[illegible] REGIONAL PROFESSOR [illegible]	[illegible]
[illegible]	Aguardando Estabelecimento		[illegible]	[illegible]

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora | Paciente Assistido | Descrição

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

HOSPAM HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON M.
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada

Nome: _____

Data: ____/____/____

Medico - CRM

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

EXCELSIOR SEGUROS

[illegible]

CARTORIO DIPLOMA

EXCELSIOR SEGUROS

7 MAI 2011

CliniK

Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,

Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;

CEP: 56903- 440

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

Laudo médico

Vinicius Matheus Diniz Silva; Idade: 22anos.

Paciente foi Vitima de acidente por colisão de moto/carro no dia 11/03/2018. Fato ocorrido na cidade de Serra Talhada- PE; na rua Manoel de Melo Pereira Primo, Bairro: Cohab, Via pública.

Foi levado por familiares ao hospital regional do municipio de Serra Talhada- PE (HOSPAM). Na qual foi atendido pelo médico clinico geral, que informa o diagnóstico de fratura do quinto metacarpo falangeano esquerdo.

Deu entrada no hospital São Vicente na qual foi realizado procedimento cirúrgico de reparo.

Na avaliação clinica de sequelas, o paciente apresenta exame físico-clinico visual, sequela consequente ao trauma na qual foi observada limitação de movimento do quarto e quinto quirodáctilos esquerdos de mais ou menos 85%. E diminuição da força da mão de mais ou menos 20%.

No momento encontra-se de alta do tratamento com a fisioterapia.

OBS: Paciente se apresenta ao exame físico de hoje com esses sinais. Podendo variar conforme evolução e resposta clinica do mesmo no decorrer dos dias.

Atenciosamente

Dr. Ricardo Bruno

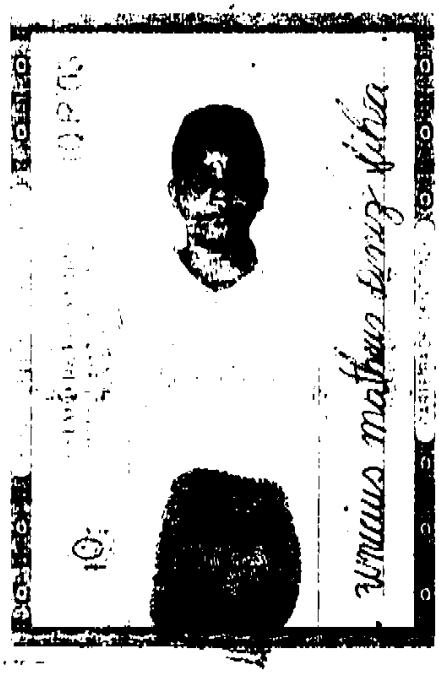
Ricardo Bruno S. S. e Silva

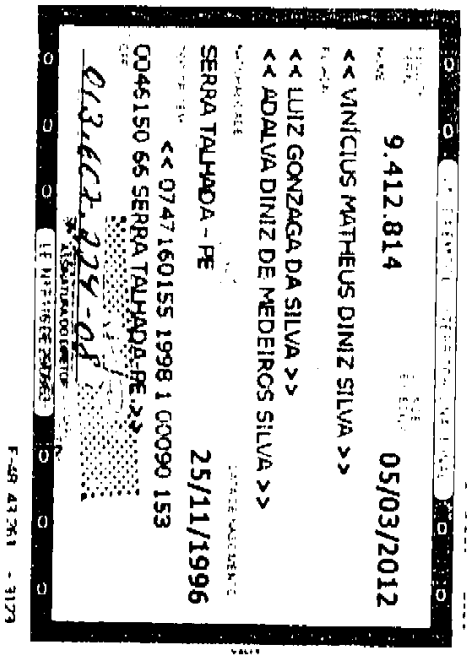
EXCELSIOR SEGUROS
07 DEZ. 2018
SEGURO DPVAT

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

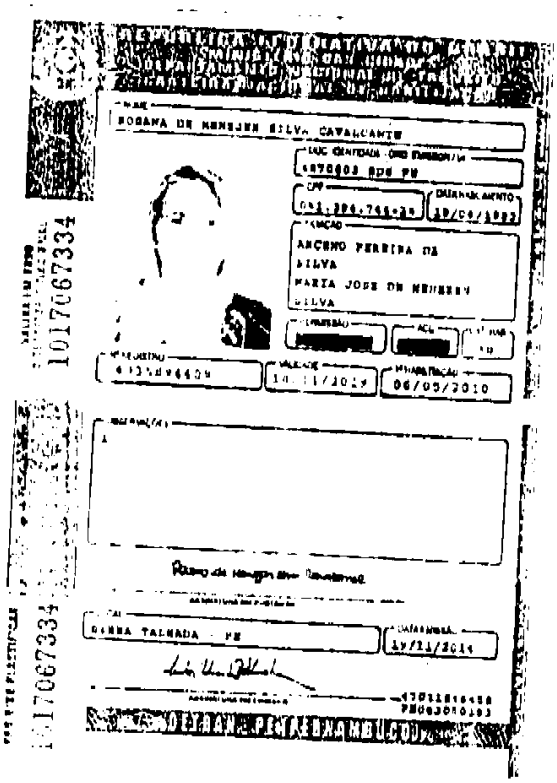
CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992.

Serra Talhada, 04 de dezembro de 2018





EXCELSIOR SEGUROS



ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

ANCENO FERREIRA DA SILVA

MARIA JOSE DE MENEZES SILVA

06/05/2010

1017067334

1017067334

EXCELSIOR SEGUROS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013726280404
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

NOME
OLIVEIRA MARIA ALVES DA SILVA

SERRA TALHADA - PE

PLACA
DOTT481

CHASSI
9C2JC4160ERA05773

COMBUSTÍVEL
ALCOOL/GASOL

MARCA MODELO
HONDA CG150 FAN ESDI

ANO FAB. ANO MOD.
2013 2013

CATEGORIA
PARTICP

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

VENC. COTA ÚNICA
QUITADO

VENC. COTAS
1ª
2ª
3ª

PARCELAMENTO COTAS

PREMIO TOTAL

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

Oliveira Andrade Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCU
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CUJO POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013726280404 BILHETE DE SEGURO DPV

OLIVEIRA MARIA ALVES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SERRA TALHADA - PE

EXPEDIDO

DATA EXPEDIÇÃO

RENAVAM

MARCA MODELO
HONDA CG150 FAN ESDI

CHASSI
9C2JC4160ERA05773

PREMIO TARIFARIO

SEGURO PAGO

PARCELADO

DATA DE EMISSÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

0.2[illegible]/18

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 05 de julho de 2018

X_____

EXCELSIOR SEGUROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321299 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R$ 337,50
		Total	**2,5 %**	**R$ 337,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321299 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R$ 945,00
		Total	**7 %**	**R$ 945,00**

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321299 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo Coelho Bezerra

CRM do médico: 24897

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R$ 1.012,50
		Total	**7,5 %**	**R$ 1.012,50**

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321299 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo Coelho Bezerra

CRM do médico: 24897

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R$ 1.012,50
		Total	**7,5 %**	**R$ 1.012,50**

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: ***3180321299***
Nome do(a) Examinado(a): ***VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA***
Endereço do(a) Examinado(a):
R MANOEL PEREIRA LINS, 1337 - NOSSA SENHORA DA PENHA - Serra Talhada - PE - CEP 56912-370
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SDS /PE***] ***9412814***
Data e local do acidente: [***11/03/2018***] ***SERRA TALHADA***
Data e local do exame: [***20/12/2018***] ***Salgueiro*** [***PE***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.
FRATURA DO 5º METACARPO À ESQUERDA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.
AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
[***X***] Sim [ ] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FISIOTERAPIA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?
[***X***] Sim [ ] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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.

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
5º quirodáctilo esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Leonardo Coelho Bezerra - CRM: 24897 - PE

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA**

Nº Sinistro: **3180321299**
Vitima: **VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA**
Data do Acidente: **11/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180321299.**

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.b**r 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. 01699/01700 - carta_01 - INVALIDEZ

00010850

Carta nº 13113017

seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA**

Nº Sinistro: **3180321299**
Vitima: **VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA**
Data do Acidente: **11/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180321299**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, 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. 00615/00616 - carta_03 - INVALIDEZ

00050308

Carta nº 13115514

seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA**

Nº Sinistro: **3180321299**
Vitima: **VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA**
Data do Acidente: **11/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180321299**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, 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. 00415/00416 - carta_03 - INVALIDEZ

00050208

Carta nº 13531464

:

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

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180321299 **Vítima: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA**

Data do Acidente: 11/03/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00405/00406 - carta_02 - INVALIDEZ

00060203

Carta nº 13711316

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO 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 2211206 (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 efetuar 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 ASI | CPF da Vítima | Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo | Data de nascimento

Endereço | Número | Complemento

Bairro | Cidade | Estado | CEP

E-mail | Telefone(DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ PREFIRO NÃO INFORMAR | SEM RENDA | ATÉ R$ 1.000,00 | R$ 1.001,00 ATÉ R$ 2.000,00

R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 | R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 | ACIMA DE R$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Se não de uma opção, informar banco e agência)

BRADESCO | BANCO DO BRASIL | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

AGÊNCIA | **CONTA** | **AGÊNCIA** | **CONTA**

Informar dígito verificador | Informar dígito verificador | Informar dígito verificador | Informar dígito verificador

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 recorrerei e dou plena quitação do valor indenizado.

EXCELSIOR SEGURO

Local e Data

Carimbo e Assinatura do Representante Legal | Carimbo e Assinatura do Beneficiário

FAPPC (02/2013)

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Informação do ASL: 3180/3212 99 | CPF da vítima: 013.607.224-08 | Nome completo da vítima: Vinicius Mathus Diniz Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES [redacted] PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Vinicius Mathus Diniz Silva | CPF: 013.607.224-08

Profissão: Agricultor | Endereço: Rua Manoel Pereira Lins | Número: 1337 | Complemento: casa

Bairro: AABB | Cidade: Serra Talhada | Estado: PE | CEP: 56.900-000

E-mail: | Tel. (DDD): (87) 9634-4907

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

[redacted]

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0314 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 61.116 - 7 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT [illegible] tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE [redacted] PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização [illegible] DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

[illegible] assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação [illegible], concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões [illegible] decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura [illegible] ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE [illegible] BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem [illegible], estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da [illegible] criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Serra Talhada, 24/10/13

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: EXCELSIOR SEGUROS

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Rosana de H. S. Paiva Conde

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de duas testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CONFERE COM
O ORIGINAL

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0267002374

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/06/2018** às **17:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **11/3/2018** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **MANOEL DE MELO PEREIRA PRIMO, COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR - AGENTE)
LUIZ GONZAGA DA SILVA (NOTICIANTE)
LUIZA MARIA ALVES DA SILVA (OUTRO)
VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO, (Usado na ocasião da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ GONZAGA DA SILVA

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

LUIZ GONZAGA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO DA SILVA** Pai: **ANTONIO HONORATO DA SILVA** Data de Nascimento: **25/2/1975** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5962267/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares:
87999637321

Endereço Residencial: **MANOEL DE MELO PEREIRA PRIMO, Nº 133, COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ADALVA DINIZ DE MEDEIROS SILVA** Pai: **LUIZ GONZAGA DA SILVA** Data de Nascimento: **25/11/1996** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9412814/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares:
87999102693

Endereço Residencial: **RUA MANOEL PEREIRA LINS, 1337 - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

21/06/2018 Início

LUIZA MARIA ALVES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZA MARIA ALVES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ GONZAGA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PGT7468** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **588406597** Chassi: **9C2KC1680ER405773**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O SR. LUIZ GONZAGA DA SILVA NOTICIA QUE SOFRERA UM ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO SE DESLOCAVA-SE DE SUA RESIDENCIA PARA A RESIDÊNCIA DE SEU FILHO VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA LEVANDO ESTE LEVANDO ESTE COMO CARONA NA MOTOCILETA DESCRITA NESTE BOE.. RELATOU O SR. LUIZ GONZAGA QUE PERDEU O CONTROLE DE SEU VEÍCULO AO DERRPAR EM UMA POÇA DE LAMA NA VIA, QUE NÃO É CALÇADA, VINDO A CAIR E O CARONA, O SR. VINICIUS MATHEUS VEIO A LESIONAR O BRAÇO ESQUERDO. LOGO EM SEGUIDA O SR. LUIZ GONZAGA LEVOU O SEU FILHO VINICIUS MATHRUS AO HOSPAM ONDE ESTE RECEBERA ATENDIMENTO MÉDICO. VINDO HOJE NOTIFICAR O OCORRIDO EM RAZÃO DE REQUERER O SEGURO DPVAT.

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

CONFERE COM O ORIGINAL

LUIZ GONZAGA DA SILVA
(NOTICIANTE)

VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **DEODORO FONSECA DE CARVALHO** Matrícula: **2214415**

EXCELSIOR SEGUROS

21/06/2018 16:46

Seguradora **LÍDER**

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 022 1204 ou 0800 021 8120 (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 e 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: [illegible] CPF da vítima: [illegible] Data do acidente: [illegible]

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: [illegible] CPF do Representante Legal: [illegible]

Local: [illegible] Data de nascimento: [illegible]

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), em virtude, que:

Assinalar uma das opções abaixo:

X 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 pleito de Seguro DPVAT, ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e extensão 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 realização dessa perícia não significa presunção de cobertura, cabendo à perícia médica oferecer subsídios ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

EXCELSIOR SEGUROS
2 JUL 2019

[illegible], [illegible] de [illegible] de [illegible]
Local e Data

Campo 1 – Assinatura da Testemunha

Campo 2 – Assinatura do Representante Legal

Rel LIDER 0001/2011

HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
X GERES SERRA TALHADA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº:

Exame Físico

Tratamento

Hipótese Diagnóstica

Carimbo e Assinatura

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: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VINICIUS MATHEUS DINIZ SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000061116-7

Nr. da Autenticação 46D49387CDA539C2

celpe
neoenergia

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

17015518027

05/2018

25/05/2018

19/06/2018

32,27

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS
PIS
COFINS

TARIFAS APLICADAS

RESERVADO AO FISCO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTRATO MABERTO

DURAÇÃO E FREQÜÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

NÍVEIS DE TENSÃO

32,27

83810000000 0 3257 0011001 1 7015180271 0-7 1343935 1033-7

EXCELSIOR SEGUROS

2 JUN 2018

celpe
neoenergia

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

227807001B 02/2016

02/03/2016 28/03/2016

210,32

LIDER

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

[illegible] acompanhamento [illegible] site **http://www.seguradoralider.com.br** ou fique para o **SAC DPVAT** [illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

[illegible] Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular [illegible] disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECA/WEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29616

[illegible] que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado [illegible] determina que todas as [illegible] constituem cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve [illegible] dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da [illegible] comprobatória.

[illegible] informações de **profissão e renda**, neste formulário não impede o pagamento da indenização do [illegible] por determinação da Circular acima citada, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.

[illegible]

[illegible] Financeira – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas [illegible] identificar ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

[illegible] CPF sob o nº 057.377.749-25 [illegible] Beneficiário [illegible] nº 073.[illegible]7.224-25 do sinistro de DPVAT referente [illegible] CPF sob o nº 073.[illegible]7.224-25 conforme [illegible] Circular SUSEP 445/12

[illegible] Renda [illegible] e apresento os documentos comprobatórios.

[illegible]

[illegible] Seguradora Líder – DPVAT, resido no endereço citado [illegible] apresente de residência de endereço informado.

[illegible] da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

[illegible] SUSEP

[illegible]

Nome: [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] EXCELSIOR SEGURANÇA 12 JUL 2018

[illegible]

Assinatura do Declarante