



Número: **0000432-23.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **17/09/2019**

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                      |                |
|--------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------|----------------|
| JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS (AUTOR)                       |                    | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)           |                |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    |                                                    |                |
| Documentos                                             |                    |                                                    |                |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                          | Tipo           |
| 59067601                                               | 11/03/2020 10:59   | <a href="#">2702385_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01</a> | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TRIUNFO/PE

Processo: 00004322320198173520

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

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS**, 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 **19/08/2018**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 21/09/2018.**

Cumpra esclarecer que em que pese a parte autora realizar requerimento do pagamento, através da via administrativa, porém, o sinistro foi cancelado por inatividade, haja vista que a parte autora não apresentou a documentação necessária para a perfeita regulação do sinistro.

Não obstante, em qualquer hipótese de acidente, a atitude normal do segurado é procurar a seguradora, para que esta regule, primeiramente, o sinistro. Somente em caso de não pagamento, ressarcimento incompleto ou de mora, as demandas devem ser ajuizadas.

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



Assim, tendo o autor deixado de apresentar a documentação exigida por lei, carecendo o autor de uma condição específica do regular exercício do direito de ação, qual seja, interesse de agir.

Compulsando atentamente aos autos, em nenhum momento foi demonstrado e comprovado de forma contundente que a parte autora faz jus ao pleito deduzido na presente demanda, devendo o pleito ser julgado extinto em virtude da inocorrência de mora por parte da Ré.

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<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>.

#### **DA FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL**

#### **PENDÊNCIA DOCUMENTAL**

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o **INTERESSE PROCESSUAL**.

Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendência, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

***“A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial”.***

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;



No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

**“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.**

**Inércia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violação ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.**

**O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.**

**(...) 4. Agravo regimental desprovido” (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).**

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transcrito:

**“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.**

**(...)**

**§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30**

**(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)”**

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inerência das suas atividades.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.



## 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<sup>3</sup>.

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

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

### DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

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

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

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral<sup>4</sup>.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima<sup>5</sup>.

<sup>3</sup>“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)

<sup>4</sup>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.

<sup>5</sup>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.”



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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

#### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

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<sup>7</sup>

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

#### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

#### **CONCLUSÃO**

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

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

<sup>7</sup> art. 1º . (...)

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



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

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

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidos 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,

TRIUNFO, 5 de março 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**

| <b>Danos Corporais Previstos na Lei</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Total (100%)</b> | <b>Intensa (75%)</b> | <b>Média (50%)</b> | <b>Leve (25%)</b> | <b>Residual (10%)</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| 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 **JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **TRIUNFO**, nos autos do Processo nº 00004322320198173520.

Rio de Janeiro, 5 de março 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Número: **0000432-23.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **17/09/2019**

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            |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------|--------------------|
| JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS (AUTOR)                       |                    | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    |                                          |                    |
| Documentos                                             |                    |                                          |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                | Tipo               |
| 59067603                                               | 11/03/2020 10:59   | <a href="#">ANEXO 1</a>                  | Outros (Documento) |



TELEMAR NORTE LESTE S/A  
CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.001814B-4  
RUA JOAQUIM FELIPE, 158 - RECIFE - PE CEP: 50050-365  
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79



HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
PCA QUINZE DE NOVEMBRO, 124  
CENTRO  
56870-000 TRIUNFO-PE

Referência

AGOSTO /2018

Telefone

( 87) 3846-1036

Vencimento

15/09/2018

Total a pagar

R\$ 162,34

### Resumo da sua fatura



#### OI FIXO

OI FIXO

PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL  
PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA COM 31  
SERVICOS DIGITAIS

R\$ 64,04  
64,04



+



#### EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS

LIGACOES FIXO-FIXO  
LIGACOES FIXO-MOVEL

R\$ 98,30  
38,81  
59,49

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx.  
Mais informações em [oi.com.br/9digito](http://oi.com.br/9digito).

CODIGO MINHA OI  
091201460307

[www.oi.com.br/MinhaOI](http://www.oi.com.br/MinhaOI)

Cadastre-se na minha Oi e consulte saldo, cunha detalhada, histórico de consumo e muito mais.



TELEMAR NORTE LESTE S/A  
CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL:  
181.001.001814B-4  
RUA JOAQUIM FELIPE, 158 - RECIFE - PE CEP: 50050-365  
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
TELEFONE/CONTRATO: 38461036 CJO SU 3  
CONTA 08/2018 LOCAL 4952 DV 7

CODIGO MINHA OI  
091201460307

[www.oi.com.br/MinhaOI](http://www.oi.com.br/MinhaOI)

Cadastre-se na minha

SABEMI SEGURADORA S/A  
e muito mais.

24 OUT 2018

RECEBIDO



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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu João de Deus Magalhães de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.542.024 / 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Maguiera dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.597.334 / 06, do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da Vítima Jose Maguiera dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.597.334 / 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogado Renda: Recusa Informar e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

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

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

|                                         |                         |                                                  |                                                 |
|-----------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Endereço<br><u>Rua 15 de novembro</u>   |                         | Número<br><u>14</u>                              | Complemento                                     |
| Bairro<br><u>Centro</u>                 | Cidade<br><u>Trunfo</u> | Estado<br><u>PE</u>                              | CEP<br><u>56.570-000</u>                        |
| Email<br><u>hmc.advocacia@gmail.com</u> |                         | Telefone comercial(DDD)<br><u>(81) 3846-1036</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>(81) 9842-8269</u> |

Trunfo/PE, 08 de Outubro de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante



DLRL001 V001/2017



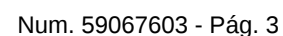
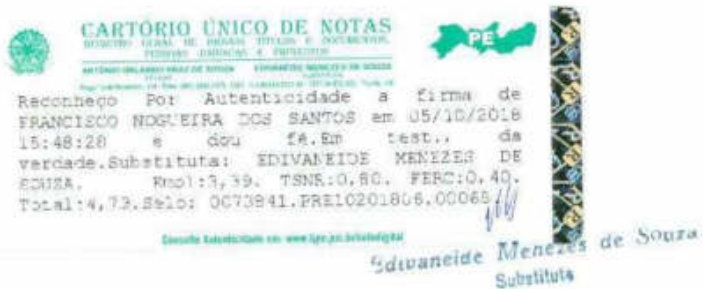
### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Flomilson Nogueira dos Santos,  
RG nº 4785945, data de expedição     /     /    ,  
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 043.577.094-23, com  
domicílio na cidade de Triunfo, no Estado de  
pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua. grão Emperador de melo, nº    ,  
complemento l.bondade, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima João Nogueira dos Santos, cujo o condutor era  
Flomilson Nogueira dos Santos.

Veículo: MIS 1 CAMIONETA  
Modelo: GM VERANEIO CUSTOM DELUX  
Ano: 1990/1990  
Placa: CIT 4388  
Chassi: 9B6256R4LLC07430  
Data do Acidente: 19/08/2018  
Local e Data: Trinidade 25 de Setembro de 2018

*Francisco Magalhães dos Santos*  
Assinatura do Declarante

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





HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA

São José do Egito - PE

Rua Antonio Mariano de Sousa, n. 16

Bairro: Antonio Marinho

Fone: (87) 3844-1192 Cep: 56700-000



Data: 19/08/2018 Hora: 17:32:43

Cod. Paciente: 28846

|                                           |             |         |
|-------------------------------------------|-------------|---------|
| Paciente: <b>JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS</b> | Idade: 40   |         |
| Atendimento: ACIDENTE                     |             |         |
| Mae:                                      | Pai/Resp.   |         |
| Nascimento: 13/02/1978                    | Cor: PARDA  | Sexo: M |
| Profissao:                                | Fone:       |         |
| Estado Civil: N.INF.                      |             |         |
| Endereco:                                 |             | Num.    |
| Bairro:                                   |             |         |
| Cidade:                                   |             |         |
| C.N.S.:                                   | Identidade: |         |
| CPF:                                      | Reg. Nasc.  |         |
| Digitador: ANA CAROLINE                   |             |         |

|               |                              |                                       |                             |                                 |
|---------------|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| ANTECEDENTES: | <input type="checkbox"/> HAS | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS | <input type="checkbox"/> DM | <input type="checkbox"/> OUTROS |
|---------------|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|

|          |                                  |                                   |                                            |
|----------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| HABITOS: | <input type="checkbox"/> FUMANTE | <input type="checkbox"/> ETILISTA | <input type="checkbox"/> USUARIO DE DROGAS |
|----------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|

|    |       |            |                  |             |
|----|-------|------------|------------------|-------------|
| PA | PULSO | RESPIRAÇÃO | GLICEMIA CAPILAR | TEMPERATURA |
|----|-------|------------|------------------|-------------|

|               |                        |          |         |
|---------------|------------------------|----------|---------|
| ESCALA DE DOR | LEVE                   | MODERADA | INTENSA |
|               | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |          |         |

|                  |
|------------------|
| QUEIXA PRINCIPAL |
|------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA</b><br>19/08/18. Paciente vítima<br>de acidente de carro em<br>rua em Recife. Pre-<br>tural.<br><br>CD: (1) BERNARDO ALFA TAD (2) C<br>(2) DECAPOLO ALFA TAD (3) C<br>(3) BERNARDO ALFA TAD (4) C<br>(4) SUTURA<br>(5) SUTURA | <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b><br><br>Ficou<br>17:30<br>ano paula<br><br>Confere com o original<br>Data 31/08/18<br>Jesus Adilson M. da Silva<br>DPT: de Contas Médicas<br>Mat. 33.019-1 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO TAVARES BUIAL

*62*

*Jose nogueira dos santos*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4725972 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/06/1992

NOME José Nogueira dos Santos

FILIAÇÃO João Nogueira dos Santos  
Maria Cordeiro de Magalhães

NATURALIDADE Conceição-PB. DATA DE NASCIMENTO 13/02/1971

DOC. ORIGINAL C.Nasc. 5.571-Fls. 230-Livro-59  
Cart. Triunfo-PE.

CPF *[assinatura]*

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 118 DE 29/08/93

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS

Nº de inscrição 012897334-06 DATA DE NASCIMENTO 13/02/71

*[barra de código]*

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

*Jose nogueira dos santos*

Assinatura

JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 27/06/00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 13/02/1971

MUNICÍPIO/UF TRIUNFO/PE

DATA DE EMISSÃO 18/10/91

VALIDO BOMEN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

*Jose nogueira dos santos*

VALIDO BOMEN

SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO





SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE Nº 013727865856

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 2 9741054 RNTC \*\*\*\*\* 2018 EXERCÍCIO

FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS

TRIUNFO-PE

042.577.084-23 PLACA CIT7398

PLACA ANT/UF CIT7398/PE

MIS /CAMIONETA

CM/VERANEIO CUSTOM DELUX

95/90CV

1 IPVA 2018 QUETADO

1 12/12/2018

2 12/12/2018

3 12/12/2018

4 12/12/2018

5 12/12/2018

6 12/12/2018

7 12/12/2018

8 12/12/2018

9 12/12/2018

10 12/12/2018

11 12/12/2018

12 12/12/2018

13 12/12/2018

14 12/12/2018

15 12/12/2018

16 12/12/2018

17 12/12/2018

18 12/12/2018

19 12/12/2018

20 12/12/2018

21 12/12/2018

22 12/12/2018

23 12/12/2018

24 12/12/2018

25 12/12/2018

DESTRUIR

CONTRAR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA - A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727865856 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS

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 023 1204

TRIUNFO-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 23/08/18

042.577.084-23 PLACA CIT7398

CM/VERANEIO CUSTOM DELUX

95/90CV

1 12/12/2018

2 12/12/2018

3 12/12/2018

4 12/12/2018

5 12/12/2018

6 12/12/2018

7 12/12/2018

8 12/12/2018

9 12/12/2018

10 12/12/2018

11 12/12/2018

12 12/12/2018

13 12/12/2018

14 12/12/2018

15 12/12/2018

16 12/12/2018

17 12/12/2018

18 12/12/2018

19 12/12/2018

20 12/12/2018

21 12/12/2018

22 12/12/2018

23 12/12/2018

24 12/12/2018

25 12/12/2018

SEGURO DPVAT

0001 00.000.00001-04

DESTAQUE O CUPOM E COLAQUE NO BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DE PORTA OBRIGATORIO.

SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO



Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

### IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS  
DATA DO ACIDENTE 19/08/2018 CPF DA VITIMA 012.859.337-06  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua. N.º de Novembro  
Nº 134 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Centro  
CIDADE Juazeiro UF PE CEP 56.630-000  
E-MAIL Jose.nogueira@gmail.com TELEFONE (fixo) 3546-1036

MAQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO  
• MORTE - R\$ 13.500,00  
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (PRETÉRITO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR [WWW.DPVATSEGURODTRANSISTE.COM](http://WWW.DPVATSEGURODTRANSISTE.COM) OU LIGAR 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIFICADO

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

DATA

NOME

ASSINATURA

SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO

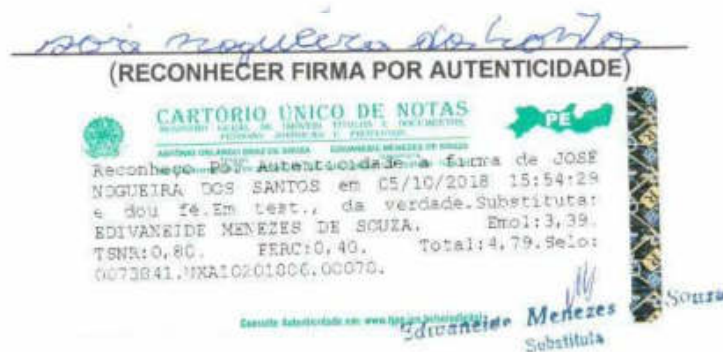
## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 4785972 SSP/PE, inscrita no CPF/MF sob o nº 012897334-06, residente e domiciliado na Rua Projeto Liberdade, nº 190, Liberdade, Triunfo/PE, CEP: 56.870-000.

**OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS**.

Triunfo/PE, 25 de Setembro de 2018.



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180502771

Vítima: JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180502771**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13519564

Pag. 00953/00954 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020477



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180502771

Vítima: JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180502771**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00751/00752 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13525981





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 24 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180502771**

**Vítima: JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 19/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

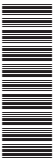
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00023/00024 - carta\_16 - INVALIDEZ

00020012



Carta nº 14224723





**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

012897334-06

JOSE NEGREIRO DOS SANTOS

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                          |                      |                |
|--------------------------|----------------------|----------------|
| Nome completo            | CPF titular da conta | Profissão      |
| JOSE NEGREIRO DOS SANTOS | 012897334-06         | agente         |
| Endereço                 | Número               | Condomínio     |
| Rua, projeto Liberdade   | 130                  |                |
| Bairro                   | Cidade               | CEP            |
| liberdade                | Triunfo              | 56870-000      |
| E-mail                   | Estado               | Telefone (DDD) |
| hmcadvocacia@gmail.com   | PE                   | (81) 3846-1036 |

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                                                                                            |                                                        |                                                           |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR                                                                       | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00                 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                     | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00           |                                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)                     |                                                        | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) |                                                        |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) |                                                        |                                                           |                                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)                                                          |                                                        |                                                           |                                                        |
| AGÊNCIA                                                                                                                    | D/V                                                    | CONTA                                                     | D/V                                                    |
| 0914                                                                                                                       |                                                        | 00002818                                                  | 6                                                      |
| (Informar dígito se existir)                                                                                               |                                                        | (Informar dígito se existir)                              |                                                        |

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

Triunfo/PE, 08 de Outubro de 2018

Local e Data

JOSE NEGREIRO DOS SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 168ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO  
EGITO - DP168ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0258001236

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/09/2018 às  
11:09

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 19/8/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO EGITO, 01. PE**  
300 - Bairro: **CENTRO - SÃO JOSÉ DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Ponto de Referência: **PROXIMO A RIACHO DO MEIO**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HÁ (AUTORA AGENTE)  
JOSE ADRIANO CORDEIRO AVELINO (TESTEMUNHA)  
GILVAN BARBOSA DE OLIVEIRA (TESTEMUNHA)  
FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS (VITIMA)  
TARCIA LIMA DOS SANTOS (VITIMA)  
RANIELLY NATALIA NOGUEIRA DOS SANTOS (VITIMA)  
JOSE NOGUEIRA DOS SANTOS (VITIMA)  
PEDRO NOGUEIRA DOS SANTOS NETO (VITIMA)  
MARIA DE LOURDES LIMA DOS SANTOS (VITIMA)  
MARIA CORDEIRO DE MAGALHÃES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO  
NOGUEIRA DOS SANTOS

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

**FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo:**  
Masculino Mãe: **MARIA CORDEIRO DE MAGALHÃES** Pai: **JOÃO NOGUEIRA DOS SANTOS**  
Data de Nascimento: **19/8/1969** Naturalidade: **PRINCESA ISABEL / PARAIBA /**  
**BRASIL** Documentos: **4786045/SSP/PE (RG), 84506983891 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares:  
- 99543734

Endereço Residencial: **RUA JOAO EVANGELISTA DE MELO, 200 - CEP: 9 - Bairro:**  
**LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**TARCIA LIMA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo:** Feminino  
**MARIA DE LOURDES LIMA DOS SANTOS** Pai: **ANTONIO LIMA DOS SANTOS**



Nascimento: 2/2/1975 Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 6827867/SDS/PE (RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO  
Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **RUA JOAO EVANGELISTA DE MELO, 200 - CEP: 0 - Bairro: LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**RANIELLY NATALIA NOGUEIRA DOS SANTOS** (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **TARGIANA LIMA DOS SANTOS** Pai: **FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: 12/8/2003 Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **ESTUDANTE**  
Endereço Residencial: **RUA JOAO EVANGELISTA DE MELO, 200 - CEP: 0 - Bairro: LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ NOGUEIRA DOS SANTOS** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA CORDEIRO DE MAGALHÃES** Pai: **JOÃO DOS SANTOS** Data de Nascimento: 13/2/1971 Naturalidade: **CONCEICAO / PARAIBA / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 100, RUA PROJETO, LIBERDADE, 100 - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**PEDRO NOGUEIRA DOS SANTOS NETO** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA CORDEIRO DE MAGALHÃES** Pai: **JOÃO NOGUEIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: 29/8/1972 Naturalidade: **CONCEICAO / PARAIBA / BRASIL** Documentos: 286642/SSP/PE (RG) Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **RUA JOAO EVANGELISTA DE MELO, 87 - CEP: 0 - Bairro: LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA DE LOURDES LIMA DOS SANTOS** (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA DAMIANA DA CONCEIÇÃO** Pai: **ANTONIO GALDINO DOS SANTOS** Data de Nascimento: 8/11/1956 Naturalidade: **PRINCESA ISABEL / PARAIBA / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA JOAO EVANGELISTA DE MELO, 100 - CEP: 0 - Bairro: LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA CORDEIRO DE MAGALHÃES** (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **EUCLIDES ALVES DE MAGALHÃES** Pai: **EUCLIDES CORDEIRO DE MAGALHÃES** Data de Nascimento: 14/11/1948 Naturalidade: **CONCEICAO / PARAIBA / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, , RUA PROJETO, LIBERDADE, 100 - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO HÁ** - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

**JOSÉ ADRIANO CORDEIRO AVELINO** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA CORDEIRO AVELINO** Data de Nascimento: 13/10/1976 Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA VICENTE JOSE DOS SANTOS, 11 - CEP: 0 - Bairro: LIBERDADE - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**GILVAN BARBOSA DE OLIVEIRA** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **QUITERIA DE SOUSA BARBOSA** Pai: **MANGEL BARBOSA DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: 9/7/1952 Naturalidade: **MANAIRA / PARAIBA / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA SIMÕES MAFRA, 205 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**CAMIONETA VERANEIO CUSTOM DELUX (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **CAMIONETA/GM/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

**CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS**  
REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS,  
PROTESTO, INTERDIÇÃO E PROTEÇÃO

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado; dou fé. Triunfo, 09 de outubro de 2018. Substituta: **EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA**. Emol. R\$ 3,41. TSNF R\$ 0,68. FERC R\$ 0,34. Total R\$ 4,43. Selo: 0073841.HRL10201806.00153.

Consulte Autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/autenticar](http://www.tjpe.jus.br/autenticar)

**Edivaneide**

**09/2018 11:07**  
**Secretaria de Justiça**  
**Assessoria**

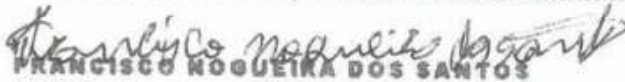
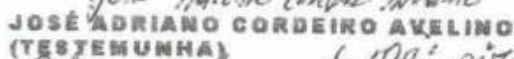


Cor: **AZUL** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**Placa: **G1Y7398** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **4741064** Chassi: **88G258RHLLC017438**Ano Fabricação/Modelo: **1999/1999** Combustível: **DIESEL**Descrição: **CAMIONETA GM VERANEIO CUSTOM DELUX**

## Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA E RELATOU QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CITADOS SE DESLOCAVA COM SEUS FAMILIARES RUMO A SUA RESIDÊNCIA QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, SAIU DA RODOVIA E CAIOU; QUE AS TESTEMUNHAS PRESTARAM AUXÍLIO E AS VÍTIMAS FORAM ENCAMINHADAS PARA VÁRIOS HOSPITAIS DA REGIÃO.

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

FRANCISCO NOGUEIRA DOS SANTOS  
(VÍTIMA)JOSÉ ADRIANO CORDEIRO AVELINO  
(TESTEMUNHA)GILVAN BARBOSA DE OLIVEIRA  
(TESTEMUNHA)B.O. registrado por: **EDSON CÂNDIDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **3878822**

**CARTÓRIO UNICO DE NOTAS**  
REPUBLICA DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS  
CARTÓRIO DE NOTAS E REGISTROS

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel da original que me foi apresentada, do fe. Triunfo, 09 de outubro de 2018. Substituta: EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA.  
Emol.R\$ 3,41. TSNR R\$ 0,68.  
FIRC R\$ 0,34. Total P\$ 4,09.  
Selo: 0073841.CAR10201806.00154.

Assinado eletronicamente em: [www.tpe.jus.br/assinatura](http://www.tpe.jus.br/assinatura)Edivaneide Menezes de Souza  
Substituta

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**Casos com vítima entre 16 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

José Nogueira dos Santos

CPF da Vítima

012.897.334-06

Data do Acidente

19/08/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Trinidade/PE, 08 de setembro de 2018  
Local e Data

X José Nogueira dos Santos  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que, o (a) Senhor (a)  
JOSE' NOGUEIRA DOS SANTOS  
Portador (a) do RG: 4785972 SSPPE e CPF: 012.897.334-06,  
residente e domiciliado (a) à (no)  
RUA PROJETO LIBERDADE, Nº 190,  
Bairro: LIBERDADE, TRIUNFO-PE, deu entrada  
nesta unidade hospitalar, no dia 19/08/18 vítima de acidente  
AUTOMOBILÍSTICO conforme ficha/prontuário nº 28.846. Informamos que  
a (as) cópia (as) fornecida (as) por esta Unidade Hospitalar confere (m) com a (as)  
original (ais) que se encontra (m) em nosso arquivo à disposição para quaisquer  
esclarecimentos.

São José do Egito-PE, 31 de AGOSTO de 2018.

Jesus Adilson M. da Silva  
DPT: de Contas Médicas  
Mat. 33.019-1

Jesus Adilson Militão da Silva  
Departamento de Contas Médicas  
Matrícula 33.019-1

SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO

Rua Antônio Mariano de Souza, 16 – Bairro Antônio Marinho  
São José do Egito/PE – CEP 56700-000 - Tel.: (87) 3844 1192  
CNPJ 11.503.081/0001-69  
e-mail: hgmsr\_@hotmail.com



### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Nogueira dos Santos

RG nº 4785.972, data de expedição 02/06/92 Órgão \_\_\_\_\_

CPF nº 012897334-06, 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua, Projeto Liberdade</u>  |
| Número                            | <u>190</u>                     |
| Apto / Complemento                |                                |
| Bairro                            | <u>Liberdade</u>               |
| Cidade                            | <u>Guarapuá</u>                |
| Estado                            | <u>Pernambuco</u>              |
| CEP                               | <u>56810-020</u>               |
| Telefone de Contato               | <u>(87) 3846-1036</u>          |
| E-mail                            | <u>hmc.advocacia@gmail.com</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Guarapuá/PE, 08 de Outubro de 2018

Assinatura do Declarante: X João Nogueira dos Santos

SABEMI SEGURADORA S/A

24 OUT 2018

RECEBIDO



