



Número: **0000323-09.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **12/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59068606	11/03/2020 11:12	2702432_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



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

Processo: 00003230920198173520

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 **WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA**, 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 **31/08/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 29/11/2018.

Cumprido 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\$ 5,062.50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 5,062.50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, conforme observa-se em laudo pericial abaixo:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190011905	Cidade: Santa Cruz da Baixa Verde	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA	Data do acidente: 31/08/2018	Seguradora: MBM SEGURADORA S/A		
PARECER				
Diagnóstico: Amputação do segundo e terceiro dedos do pé esquerdo.				
Descrição do exame médico pericial: Limitação funcional do pé esquerdo decorrente da ausência anatômica do segundo e terceiro dedos do pé esquerdo.				
Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da amputação do segundo e terceiro dedos do pé esquerdo. Sem menção a fisioterapia. Recebeu alta médica em 10/2018.				
Sequelae permanentes: Limitação funcional intensa do pé esquerdo.				
Sequelae: Com sequela				
Data da perícia: 11/01/2019				
Conduta mantida:				
Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do pé esquerdo.				
Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA				
CRM do médico: 15122				
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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
		Total	37,5 %	R\$ 5.062,50
PRESTADOR				
TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP				
Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU				

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 irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."

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



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 ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 5,062.50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 **31/08/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 5,062.50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000033181-3

Nr. Autenticação

BRADESCO170120190500000000023700586000000033181506250 PAGO

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 5,062.50 (CINCO MIL E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

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



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁷art. 1º. (...)

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



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

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



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando 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 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 **WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **TRIUNFO**, nos autos do Processo nº 00003230920198173520.

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





Número: **0000323-09.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **12/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

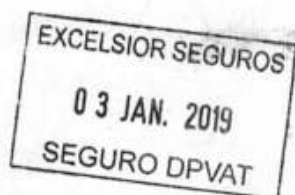
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59068607	11/03/2020 11:12	ANEXO 1	Outros (Documento)

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA,
RG nº 56318322-6, data de expedição 1/1/,
Órgão: SSP-SP, portador do CPF nº 041.506.141-56, com
domicílio na cidade de Santa Cruz B. Verde, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua José Expedito de Lima, nº 34,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA, cujo o condutor era
WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA / POP 100
Ano: 2014 MOD 2015
Placa: PCF. 2811
Chassi: 9C2H8021QER402329
Data do Acidente: 31/08/2018
Local e Data: FLORES - 19/12/2018

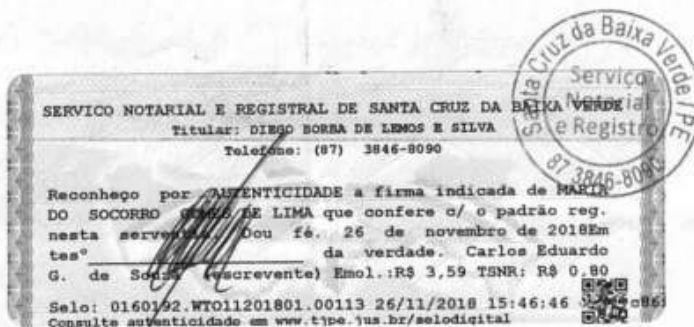


Maria do Socorro Gomes de Lima
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)



CARTORIO
SCBV

Walber Joseph Pereira Gomes da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)





PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 31/08/18 19:20		Nº. Ocorrência	
Nome: WALBER JOSEPH P. GOMES DA SILVA		Data Nascimento: 06/09/1994	
Profissão: POLICIAL	Sexo:	Doc. Ident.:	
End.: R. MARIA XAVIER BEZERRA, 60.		24 a	
Responsável:			
End/Fone: 99641-6903			
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐			
Agressão ☐ Consulta ☐			
Pressão Arterial:		Pulso:	
Temperatura:			
Histórico e Exame Físico:			
Pte sofreu queda na motocicleta e permaneceu no solo com lesões no membro (8)			
Tratamento:			
① Volante (F) em 19/40 ② Anestesia local Sem 5503033.			
Impressão Diagnóstica:			
Destino do Paciente			
Removido para Hospital	Residência ☐	Internado ☐	Transferido ☐
Óbito às horas do dia			
Médico - Carimbo e CRM:			

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

Encaminhamento para Especialista

Unidade de Origem: UMFW

Paciente WALBER JOSEPH P. GOMES DA SILVA JUN

Registro

Dados Clínicos PAI SEMPRE COMEÇA DO MONITORIA E
CONSENTA COM AJE COM APOIO DE APOIO
E TENDAS

Exames Complementares Resultados

Hipótese Diagnóstica PRO CUMULUM (H) IM

Conduta Adotada 20145 5503033



Justificativa do Encaminhamento JUSTUM POR ORIENTAÇÃO

Encaminhado para UDSPAM

Data 31/01/14

Nome

Antônio Rangel Nogueira
MÉDICO - CRM/PE 14320
CPF: 008.412.514-85

CRM

Unidade do Especialista

Exame Clínico

Exames Complementares

Parecer do Especialista

Tratamento Proposto

LOCAL: Na Unidade de Origem ☐
Na Unidade de Referência ☐
Outro Serviço ☐

Nome

CRM

Data

Telefone do Interior (87) 3831-4284



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 137

Data: 30/08/18	Hora: 20:57
Nome: Walter Joseph Pereira Gomes da Silva	Profissão: Policial Militar
Nome Social:	Estado Civil: Solteiro
Nascimento: 06/09/94	Sexo: masc
Escolaridade: 2º grau	Responsável: a genitora
Mãe: Maria Clarette Pereira da Silva	
Endereço: Rua Maria Varier, n.º 60	
Bairro: São Cristóvão	Município: Trunfo
Cartão SUS:	RG(CPF): 50320529452
Raça/Cor:	Fone: 96349536
☐ Branca	☐ Preta
☐ Parda	☐ Amarela
☐ Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Tran em pr E 2- ± 0 IL
Ferimento em dor com angustia de
2- 13 PDE. Comov. ltra

Tratamento:

Rx do Pr E AP, alb
Bloqueio traqueal de local e dorlante
Longo com SF 0,9% + Ropivacaína de
cot de angustia de 2- 13 PDE + sutura +
antiv.
A. analgético + orientar + melh + Rx

Hipótese Diagnóstica:

Angustia Tranmit. d
2- 13 PDE

Carimbo e Assinatura
Dr. Enio K. de Carvalho
Traumat. Ortopedia
CRM 15525



CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	☐ Internado	☐ Residência	☐ Transferido	☐ Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs do dia			

Carimbo e Assinatura:

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Hemograma | ☐ LCR | ☐ _____ |
| ☐ Glicose | ☐ HIV | ☐ _____ |
| ☐ Uréia | ☐ VDRL | ☐ _____ |
| ☐ Creatinina | ☐ CKMB | ☐ _____ |
| ☐ Ionograma | ☐ Troponina | ☐ _____ |
| ☐ Leucograma | ☐ _____ | ☐ _____ |
| ☐ Eritrograma | ☐ _____ | ☐ _____ |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:
<i>Cephalexin 2g + ADOL 1g E</i>		
<i>Dr. Énio K. de Carvalho</i>		
<i>Traumatologia Ortopedia</i>		
<i>CRM 10220</i>		

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

AC. MOTO
HOSPAM - VFM
Serra Talhada-PE
Jus.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
WALDER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
8537033 SDS PE

CPF
103.205.294-52

DATA NASCIMENTO
06/09/1994

FILIAÇÃO
MARCOS ANTONIO GOMES D
A SILVA
MARIA ELIZABETH PEREIR
A DA SILVA

PERMISSÃO
ACQ
CAT. HAB.
A2

Nº REGISTRO
06706420503

VALIDADE
14/06/2021

1ª HABILITAÇÃO
21/09/2016

OBSERVAÇÕES

Walder Joseph P. G. da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
09/10/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
71312934416
PE081701368

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1485592910

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1485592910

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT



EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E VIABILIDADE DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E VIABILIDADE	
NOME ANTONIO PEREIRA FILHO	SOCIEDADE / DATA EMISSÃO / P 3355973 SEP PE
	DATA NACIMENTO 19/03/1945
CPF 452.345.084-24	FLUÍDO NÃO DECLARADO
ENDEREÇO MARIA DO SOCORRO MELO	REMISSÃO 18/06/2020
VALOR 0364319979	DATA EMISSÃO 19/06/2015
OBSERVAÇÕES	LOCAL BARRA TALHADA - PE
1103416252 VÁLIDA EM TODOS O TERRITÓRIOS NACIONAIS	1103416252 PROIBIDA PLASTIFICAR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013814912887
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1033708086 RNTTC ***** EXERCÍCIO 2018

MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA

3 C BAIXA VERDE-PE

041.506.141-5 PLACA PCF2811

PLACA ANT./UF ***** CHASSI 9C2HBC210FR402329

ESPECÍFICO PAS MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP100 ANO FAB 2014 ANO MOD 2015

CAP/POT/CIL 2P/97CL CATEGORIA ARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA I IPVA 2018 QUITADO VENC./COTAS 1ª *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

A 1 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA

CONTATO DE PORTE OBRIGATORIO

LOCAL DATA

3 C BAIXA VERDE-PE 30/01/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APRESSOAS TRANSPORTADAS OU DO SEGURO DPVAT

PE Nº 013814912887 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradotalider.com.br
SAC DPVAT 080 022 1204

3 C BAIXA VERDE-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 30/01/18

VIA 1 CPF / CNPJ 041.506.141-51 PLACA PCF2811

RENAVAM 1033708086 MARCA / MODELO HONDA/POP100

ANO FAB 2014 CAT TARE 09 Nº CHASSI 9C2HBC210FR402329

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAJ (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

☐ COTA ÚNICA ☐ PAGAMENTO ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.308/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
PRE NAO E DE PORTE OBRIGATORIO

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT



DESTINATARIO: CIA. EXCELSIOR DE SEGUROS
RUA: AVENIDA MARQUES DE OLINDA Nº 175 RECIFE - PE
CEP: 50.030-000

Correios		REGISTRADO URGENTE	PESO (kg)
Recebedor		registered priority	5
Assinatura		X	AR MP
		Doc.	
JT 88101987 1 BR			
			



EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT



REMETENTE = ANTONIO P. FILHO
END: TV. MANDEL SANTANA Nº 56
CIDADE = FLORES-PE, CEP: 56.850-000

LAZELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

(ETIQUETA OU CARIMBO MP)



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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1103983165

Nome: MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISS. R. TUF: 363183226 SSP SP

CPF: 041.506.141-56

DATA NASCIMENTO: 31/05/1992

FILIAÇÃO: ELIAS RUFINO DE LIMA

FRANCISCA GOMES DE LIMA

PERMISSÃO: ☐ ACC: ☐ CAT. HAB: 25

PROFISSÃO: 06123877787

VALIDADE: 28/03/2019

EMISSÃO: 17/07/2014

OBSERVAÇÕES:
sem observações

Maria do Socorro Gomes de Lima

ASSINATURA DO DETRAN

IDCAL: SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO: 29/07/2015

14958111044
8047933202

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDAÇÃO PLASTIFICADA
1103983165

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bos Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA STA LUZIA 279

CPF 041 506.141-56

CENTRO/SANTA CRUZ BAIXA VERDE
SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE PE
56895-000

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADE

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7019963009	11/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
26/11/2018	19/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	26,34

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
039481804	UNICA	19/11/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
19/11/2018	2014091293	5494007

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,0000000	0,73645862	22,09
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,24
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,84
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,98
ICMS Subvenção-CDE-UF 031971024-17/09/18			0,18



TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
3011150912	CAT	18-10-2018	19 592,00	19-11-2018	19 592,00	32	1,00000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO				INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		
MÊS/ANO (kWh)				BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
NOV 18 30				ICMS	23,17	5,79
OUT 18 30				PIS	23,17	0,74
SET 18 30				COFINS	23,17	0,79
AGO 18 30						
Jul 18 30						
JUN 18 30						
Mai 18 30						
ABR 18 30						
MAR 18 30						
FEV 18 30						
JAN 18 30						
DEZ 17 30						
NOV 17 30						

Tarifas Aplicadas 0,52150000

Consumo Ativo(kWh)

RESERVAÇÃO FISCAL

B832 D276 5EFA 34E2 A733 44B8 0EE1 47B7

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você: agências Santa Cruz de Vila Rica, São Pedro e Centro Novo Mundo, Rua Padre Cícero 180, Centro, lista completa em www.celpe.com.br. *Na data de leitura e bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. O Cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pague em até 30 dias após a leitura (2% (Res 414/ANEEL), Anexo 1 da Lei 10.438/02) e atualização monetária pelo INPC. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de fornecimento para os padrões de atendimento comercial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONJUNTO	VALOR ANUALIZADO em 2018	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DSC	0,00	6,43	10,06	21,73	220	202	231
FIG	0,00	3,36	6,72	13,45			
DMIC	0,00	3,31	0,00	0,00			

Limite DSC: 12,22

ELSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 9,25

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços de distribuição e bônus de energia estão à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190011905 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO E ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 2º E 3º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PODODÁCTILOS: LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA + REGULARIZAÇÃO DO COTO;
DEMAIS CONSERVADOR).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA 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 do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190011905 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO E ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 2º E 3º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PODODÁCTILOS: LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA + REGULARIZAÇÃO DO COTO;
DEMAIS CONSERVADOR).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA 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 do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190011905 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Amputação do segundo e terceiro dedos do pé esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Limitação funcional do pé esquerdo decorrente da ausência anatômica do segundo e terceiro dedos do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da amputação do segundo e terceiro dedos do pé esquerdo.
Sem menção a fisioterapia.
Recebeu alta médica em 10/2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional intensa do pé esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/01/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do pé esquerdo.

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190011905 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Amputação do segundo e terceiro dedos do pé esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Limitação funcional do pé esquerdo decorrente da ausência anatômica do segundo e terceiro dedos do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da amputação do segundo e terceiro dedos do pé esquerdo.
Sem menção a fisioterapia.
Recebeu alta médica em 10/2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional intensa do pé esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/01/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do pé esquerdo.

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190011905

Nome do(a) Examinado(a): WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): MARIA XAVIER, 60 - TRIUNFO/PE - CEP
56870-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 8537033 - sds-pe

Data e Local do Acidente : 31/08/2018

Data e Local do Exame : 11/01/2019 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA
TALHADA/PE

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

AMPUTAÇÃO DE 2-3 DEDOS DO PÉ ESQUERDO

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da
alta.**

TRATAMENTO CIRURGICO

PERDA DE DEDOS

ALTA EM OUTUBRO 2018

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

PERDA FUNCIONAL DE 2-3 DEDOS DO PÉ ESQUERDO

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

**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:**

ALTERAÇÃO DISCRETA DA MARCHA

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



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

Vide motivo do impedimento 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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

PÉ

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% 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.



Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.122
CEM - Fone: 9.9916-0117

EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE





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, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190011905

Vítima: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 31/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13780551

Pag. 01537/01538 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190011905

Vítima: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 31/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

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. 00211/00212 - carta_02 - INVALIDEZ

00040106



Carta nº 13790417





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, 20 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190011905

Vítima: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 31/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Recebedor: **WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA**

Valor: **R\$ 5.062,50**

Banco: **237**

Agência: **000000586-0**

Conta: **000000033181-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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 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 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**. A conta 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 com 16 ou 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

103.205.294-52

WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA	103.205.294-52	RECUSO
Endereço	Número	Complemento
RUA: MARIA XAVIER BEZERRA	60	CASA
Bairro	Cidade	Estado
SÃO CRISTOVÃO	TRIUNFO	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
TOINHODERMELIA@HOTMAIL.COM	56.870-000	81.9935-5533

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
NRO.		NRO.	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	NRO.		
Nome			
BRADESCO			
AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
NRO.		NRO.	
0586	0	0033181	3
(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.

FLORES-PE 19 de DEZEMBRO de 2018

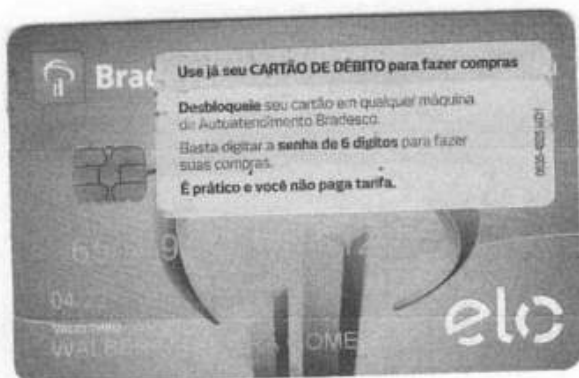
Local e Data

Walber Joseph Pereira Gomes da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



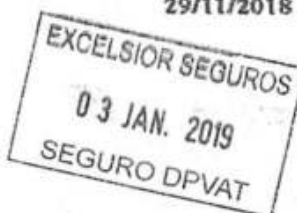


ASL-0003493/19

2 of 2



29/11/2018 11:24



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 183ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DA
BAIXA VERDE - DP183ªCIRC DINTER2/21ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0273000449

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/11/2018 às 12:22

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 31/8/2018 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE, 1, PE- 366 (SÍTIO SÃO JOSÉ DOS PILOTOS) - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **XÁCARA TUPANZINHO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA (OUTRO)
WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA**

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

WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ELIZABETE PEREIRA DA SILVA Pai: MARCOS ANTÔNIO GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 6/9/1994 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 80023/PM/PE (RG), 10320529462 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: POLICIAL MILITAR Telefones Celulares: - 87996416903

Endereço Residencial: RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 60, RUA MARIA XAVIER BEZERRA - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL, ANTIGO BANCO DO BRASIL

MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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



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

HONDA POP 100, VERMELHA, PLACA PCF-2811 (VEICULO) de propriedade do(a)
Sr(a): **MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a):
WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCF2811** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE) Chassi: **8C2HB0210FR402320**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **RENAVAN N° 1033703030**

Complemento / Observação

AS 11:30 HS DESTA DATA COMPARECEU A ESTA DP A VÍTIMA CITADA, COMUNICANDO-NOS QUE NO DIA 31/08/18, QUANDO TRAFEGAVA NA PE-368(SENTIDO TRIUNFO-PE), NA ALTURA DO SÍTIO SÃO JOSÉ DOS PILOTOS, PERDERA O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, A QUAL ERA PILOTADA PELA MESMA, E TOMBOU NA RODOVIA, FICANDO COM ESCORIAÇÕES. A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA A UNIDADE MISTA FELINTO WANDERLEY. ANTE O EXPOSTO, ADOTEM-SE AS MEDIDAS LEGAIS CABÍVEIS.

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

X *Walber Joseph P. G. da Silva*

WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ROSENBERG OLIVEIRA DINIZ - MAT. 209.122-4** - Matrícula:
2091224

R.O. 209.122-4



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");

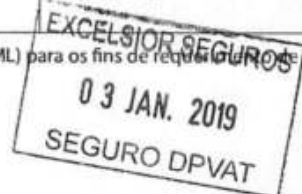
Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante 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 <u>WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA</u>	CPF da Vítima <u>103.205.294-52</u>	Data do Acidente <u>31/08/2018</u>
--	--	---------------------------------------

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.	



FLORES-PE, 19 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

Walter Joseph Pereira Gomes da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

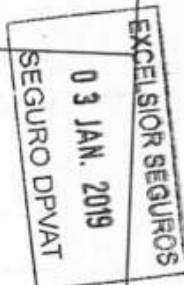
DALI.001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 31/08/18 19:20		Nº. Ocorrência	
Nome: WALBER JOSEPH P. GOMES DA SILVA		Data Nascimento: 06/09/1994	
Profissão: POLICIAL	Sexo:	Doc. Ident.:	
End.: R. MARIA XAVIER BEZERRA, 60.		24 a	
Responsável:			
End/Fone: 99641-6903			
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Agressão ☐ Consulta ☐			
Pressão Arterial:		Pulso:	Temperatura:
Histórico e Exame Físico: Pte sobre o qual há notificação e ferimento em f. e escoriações no membro (E)			
Tratamento: ① Voltamen (fr) em 19/40 ② ansio war Sem 5503033. 			
Impressão Diagnóstica:			
Destino do Paciente Removido para Hospital Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐			
Óbito às horas do dia			
Médico - Carimbo e CRM:			



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

BANCO: 237

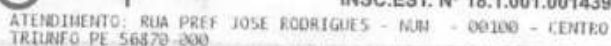
AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000033181-3

Nr. Autenticação

BRADESCO1701201905000000000023700586000000033181506250 PAGO





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

INSC. EST. N° 18.1.001.001439
ATENDIMENTO: RUA PREF JOSE RODRIGUES - NUM - 00100 - CENTRO
TRIUNFO PE 56870-000

DADOS DO CLIENTE
MARIA ELIZABETE PEREIRA DA SILVA MATRICULA: 26263891 Abr/2018
R MARIA XAVIER BEZERRA, N. 00017 - - SAC CRISTOVAO TRIUNFO PE
56870-000
INSCRIÇÃO: 357.810.087.0000.090 GRUPO: 12 DEB. AUTOMATICO: 026263891

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	
			COMERCIAL	INDUSTRIAL PÙBLICA
HIDRÔMETRO A130173923	DATA LEIT. ANTERIOR 07/04/2018	DATA LEIT. ATUAL 03/05/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD	

AGUA:

LEIT ANT: 316 CONSUMO: 7
LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA M
LEIT FAT: 326

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

REFERENCIA CONSUMO		PARAMETROS	FECHERO DE ANOTAS			
			EXIG. FORT.	ANALISES	ATENDEM	A LEGIS
03/2016	05		MS 2.304/11			
02/2016	07	TURBIDEZ	11	11		9
01/2016	08	COR APARENTE	11	11		9
12/2017	08	COLOR RESIDUAL	10	11		11
11/2017	04	COLIF. TOTALS	11	11		11
10/2017	08	E. COLI	11	11		11

MEDIA: 97

GBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ADICIONADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS.

AGLIA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

CONSUMO

TOTAL (R\$)

JURO: DE HORA 12/2017

0.50

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
IR COFINS	40,18	1,65	0,66
	40,18	7,60	3,05

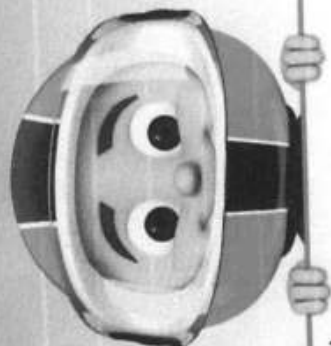
VENCIMENTO: 20/05/2018

TOTAL A PAGAR: 40,98

MESSAGE:



HONDA
Consórcio



MOT/00003696 SERTAMOL



CTC RECIFE PE GPO - AMARRADOS
ANTONIO PEREIRA FILHO
TV MANOEL SANTANA, 00056 CASA
CENTRO 56850-000 FLORES - PE



41800/208-16
Movto - 138
00003696

EXCELSIOR SEGUROS

03 JAN. 2019

SEGURO DPVAT

Data de Postagem: 28/05/2018.

0003522



7213343637157180000000352230280515



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu ANTONIO PEREIRA FILHO inscrito (a) no CPF/CNPJ 452.545.084 / 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.205.294 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.205.294 / 52, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

HABILITAÇÃO

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>TV. MANOEL SANTANA</u>		Número <u>56</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>FLORES</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.850.000</u>
Email <u>JOINHODERMELIA@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>81-9935-5533</u>

FLORES-PE 19 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

Antonio P. Filho
Assinatura do Declarante

