



Número: **0008403-23.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ANTONIO JOSE DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)</b>	
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	
<b>PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59212 506	13/03/2020 11:03	<a href="#"><u>2702478_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01</u></a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 28<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo:** 00084032320208172001

**AUSÊNCIA DE COBERTURA**

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

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANTONIO JOSE 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 **02/03/2018**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 05/06/2019.**

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora não comprova qualquer acompanhamento ou tratamento médico após o acidente.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaoportoadvocacia.com.br](http://www.joaoportoadvocacia.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 11:03:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031311033010500000058230786>  
Número do documento: 20031311033010500000058230786

Num. 59212506 - Pág. 1

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<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 AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA**

#### **DA AUSÊNCIA DE DATA NA PROCURAÇÃO ACOSTADA AOS AUTOS**

Verifica-se que o instrumento de mandato outorgado ao advogado da parte Autora, viola a regra esculpida no art. 104 do CPC, tendo em vista a ausência de data na procuração acostada aos autos.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração válida não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da 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;



## 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 FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

### AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS

A Lei que regula a indenização pleiteado pelo Autor é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

O autor apresentou sua tese de maneira simplista, pois segundo ela, bastaria informar ao juízo que a fora acometida de acidente automobilístico e sofre com dores em decorrência do sinistro.

**Em contrapartida, verifica-se na presente demanda que não há qualquer documento corroborando a suposta invalidez permanente, o autor não demonstra qualquer tratamento médico ou qualquer acompanhamento, fisioterapia o qual atestasse que o membro não exerçeria a função da mesma forma natural.**

Desta forma, sempre que um problema jurídico vai ter na indagação ou na pesquisa da causa, desponta a sua complexidade maior.

Mesmo que haja culpa e dano, não existe obrigação de reparar, se entre ambos não se estabelecer a relação causal.

Portanto, como não há nexo causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, I, da Lei Processual Civil.

---

<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)



## 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA			Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT	
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
Número: 3190372082	Cidade: Bezerros	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS	Data do acidente: 12/03/2019	Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.		
<b>PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA</b>				
Data da análise: 19/08/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA. P2(ANEXO)				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P2(ANEXO) ALTA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
<b>DANOS</b>				
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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

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

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



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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843.75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 02/03/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 843.75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), conforme demonstrado abaixo:

#### **BANCO DO BRASIL**

##### **COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA**

**FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE**  
**CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**  
**BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2**

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:** 26/08/2019

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

**VALOR TOTAL:** 843,75

**\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE: ANTONIO JOSE DOS SANTOS**

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 02192

**CONTA:** 000000089016-5

---

**Nr. da Autenticação E6E88804DEFEF469**

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 11:03:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031311033010500000058230786>  
Número do documento: 20031311033010500000058230786

Num. 59212506 - Pág. 5

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

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 STJ<sup>5</sup>.

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;

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\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

<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 nº 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) APPLICAÇÃO 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.”



## 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

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

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

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

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- 

<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.



- 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 covêncio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 11:03:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031311033010500000058230786>  
Número do documento: 20031311033010500000058230786

Num. 59212506 - Pág. 8

## 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.**



## **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; **JOSELAINA 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 nº 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 **ANTONIO JOSE DOS SANTOS**, em curso perante a **28ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00084032320208172001.

Rio de Janeiro, 5 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA 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)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 11:03:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031311033010500000058230786>  
Número do documento: 20031311033010500000058230786

Num. 59212506 - Pág. 10

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 11:03:30  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031311033010500000058230786>  
Número do documento: 20031311033010500000058230786

Num. 59212506 - Pág. 11



Número: **0008403-23.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ANTONIO JOSE DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)</b>	
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	
<b>PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59212 507	13/03/2020 11:03	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvíndia 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b> ANTONIO JOSE DOS SANTOS CPF: 171.131.484-68	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>15/05/2019</b> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>0,00</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>08/05/2019</b> <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>08/05/2019</b> <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> <b>061074345</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>007021408268</b> <b>Nº DO CLIENTE</b> <b>2001352785</b> <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> <b>0000363856</b>
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> SI POCO VERDE 40  SITIO POCO VERDE/FAZENDINHA 55660-000 BEZERROS PE			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>			

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	703,00	0,55872157	392,78					
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,73					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			19,21					
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>414,72</b>					
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>								
<b>ICMS</b>	<b>PIS</b>	<b>COFINS</b>						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR
395,51	25,00	98,87	395,51	1,16	4,58	395,51	5,37	21,23

**Tarifas Aplicadas**

Consumo Ativo(kWh)	0,38255666
--------------------	------------

**HISTÓRICO DO CONSUMO**

		kWh
MAI	19	703
ABR	19	554
MAR	19	898
FEV	19	819
JAN	19	897
DEZ	18	938
NOV	18	1038
OUT	18	1106
SET	18	971
AGO	18	802
JUL	18	615
JUN	18	471
MAI	18	400

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE			
		DATA	LEITURA						
000000000000144510	CAT	08/04/2019	20.867,00	08/05/2019	21.570,00	30	1.00000	0,00	703,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/06/2019									

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES**

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia	BEZERROS	0,65	11,16	22,32	44,65
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,65	6,08	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 143,46					

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES						
Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni atelier: av prf amaral 80 sao sebastiao.Lista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> ."						
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> .						
A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,76% para Alta Tensão-REH 2.535/19.						
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.						
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês						
Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 152,22 .						
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.						

**NÍVEIS DE TENSÃO**

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
MINIMO	MÁXIMO

220 202 231

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

DESTAQUE AQUI	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b>
CONTA CONTRATO 007021408268	MÊS/ANO 05/2019
	<b>TOTAL A PAGAR(R\$)</b> <b>0,00</b>
	<b>VENCIMENTO</b> <b>15/05/2019</b>
	<b>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</b> <b>Este canhoto será usado em leitora ótica.</b>

**FATURA PAGA** **AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvíndia 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b> ANTONIO JOSE DOS SANTOS CPF: 171.131.484-68	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>15/05/2019</b> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>0,00</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>08/05/2019</b> <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>08/05/2019</b> <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> <b>061074345</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>007021408268</b> <b>Nº DO CLIENTE</b> <b>2001352785</b> <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> <b>0000363856</b>
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> SI POCO VERDE 40  SITIO POCO VERDE/FAZENDINHA 55660-000 BEZERROS PE			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>			

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	703,00	0,55872157	392,78					
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,73					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			19,21					
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>414,72</b>					
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>								
<b>ICMS</b>	<b>PIS</b>	<b>COFINS</b>						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR
395,51	25,00	98,87	395,51	1,16	4,58	395,51	5,37	21,23

**Tarifas Aplicadas**

Consumo Ativo(kWh)	0,38255666
--------------------	------------

**HISTÓRICO DO CONSUMO**

		kWh
MAI	19	703
ABR	19	554
MAR	19	898
FEV	19	819
JAN	19	897
DEZ	18	938
NOV	18	1038
OUT	18	1106
SET	18	971
AGO	18	802
JUL	18	615
JUN	18	471
MAI	18	400

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA				
000000000000144510	CAT	08/04/2019	20.867,00	08/05/2019	21.570,00	30	1.00000 0,00 703,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/06/2019							

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES**

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia	BEZERROS	0,65	11,16	22,32	44,65
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,65	6,08	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 143,46					

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES							
Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni atelier: av prf amaral 80 sao sebastiao.Lista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> ."							
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> .							
A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,76% para Alta Tensão-REH 2.535/19.							
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.							
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês							
Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 152,22 .							
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.							
NÍVEIS DE TENSÃO							
TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)					
		MÍNIMO					
220		202				231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							

DESTAQUE AQUI	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b>
CONTA CONTRATO 007021408268	MÊS/ANO 05/2019
	<b>TOTAL A PAGAR(R\$)</b> <b>0,00</b>
	<b>VENCIMENTO</b> <b>15/05/2019</b>
	<b>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</b> <b>Este canhoto será usado em leitora ótica.</b>

**FATURA PAGA** **AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**

**Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04**

**SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

**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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kátia Andrade dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 013.267.504 / 88 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio José dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 171.131.484, 68,

do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima Antônio José dos Santos,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 171.131.484 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: recurso Renda: recurso e apresento os documentos comprobatórios:

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>51 Poco verde</u>	Número:	<u>210</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Fazendinha</u>	Cidade:	<u>Bezerros</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>55660-000</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(81) 994560670</u>

Local e Data: Bezerros 05/06/19

Kátia Andrade dos Santos

Assinatura do Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**

**Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04**

**SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

**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 Kátia Andrade dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 013.267.504 / 88 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio José dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 171.131.484 / 68,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Antônio José dos Santos,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 171.131.484 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: recurso Renda: recurso e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>51 Poco verde</u>	Número:	<u>40</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Fazendinha</u>	Cidade:	<u>Bezerros</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>55660-000</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(81) 994560670</u>

Local e Data: Bezerros 21/06/19

Kátia Andrade dos Santos

Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Centrais - regiões metropolitanas: 0800-1540 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Katia Andreza dos Santos,  
RG nº 6715082, data de expedição 01/07/14,  
Órgão SDS, portador do CPF nº 033.267.504-88,  
com domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SI Poco Verde, nº 40,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Antonio Jose dos Santos, cujo o condutor era  
Antonio Jose dos Santos.  
Veículo: Pas/Motocicleta Modelo: Honda/NXR 160 Bros ESD Ano: 2015/2015  
Placa: PCB 3935 Chassi: 9C2K00800FR027445  
Data do Acidente: 12/03/19

Local e Data: 26/03/2019

Katia Andreza dos Santos  2º Cartório  
Assinatura do Declarante

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

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO  
Rua Dr. José Mariano, 62 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3726-4462  
Mauricio José de Vasconcelos - Tabelião Público

Reconheço a firma por autenticidade de: 26/03/2019 14:11:16  
KATIA ANDREZA DOS SANTOS. Dou de  
Em testemunha: \_\_\_\_\_ de verdade. Custas R\$ 3,99  
Jose Rivaldo Soares de Lima Testevedente TSNR R\$ 0,00  
Selo Digital N. 0077727.GUZ02201903.00352 Total R\$ 3,99  
Consulte autenticidade em [www.tjepe.jus.br/selodigital](http://www.tjepe.jus.br/selodigital)





Prefeitura Municipal de Bezerros  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista São José



706001868586948

FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO: 919579
DATA: 12-03-19		HORA: 15:31		TELEFONE:
NOME: Antônio José dos Santos				IDADE: 69 anos
NOME DA MÃE: Francisca Zabel dos Santos				
DATA DE NASCIMENTO: 09/11/1950		ACOMPANHANTE:		
END.: Setor Poco Verde		BAIRRO: Terra Preta		N.º: -
CIDADE: Bezerros		SINAIS VITAIS		
PA: 147/85 mmHg	HGT: - mg/dL	T: - °C	PESO: 82 kg	Uol Téc. Enfermagem/COREN

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

##### I – Sinais de Emergência imediata

###### CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- O Apnéia O Cianose O Estridor O FC<50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 irpm
- O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulo fraco ou ausente O PCR O Sudorese
- O PAS < 80 ou >200mmhg O PAD < 40 ou > 130 mmhg HGT < 40 ou > HI mg/dl O Convulsão no momento
- O Politraumatismo/Glasgow <= 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
- O Broncoaspiração O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II – Sinais de urgência – Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

###### CLASSIFICAR COMO AMARELO

- O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou >180mmhg O PAD < 50 ou > 110mmhg sem sintomas
- O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
- O Tugor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
- O Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ< 10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuróvascular ou dor intensa
- O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
- O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III – Sem risco de morte – somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

###### CLASSIFICAR COMO VERDE

- O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaquecas O Dor de ouvido moderada a grave
- O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abcessos O Intercorrências ortopédicas

IV – Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

###### CLASSIFICAR COMO AZUL

- O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
- O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- O Troca de curativos ou retiradas de pontos
- O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
- O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

#### CLASSIFICAÇÃO

Vermelho

Amarelo

Verde

Azul

Queda de Moto (SIE)

Trauma mi pé 10.

Alergias:  NÃO (  ) SIM, à

ENCAMINHADO:

Isane E. de Oliveira  
cadêmica de Enfermagem  
Mat: 01463504  
de São de Nassau

Assinatura da enfermeira e carimbo

ORIENTAÇÕES

Assinatura da Assistente Social e  
carimbo



FICHA DE ATENDIMENTO	Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, à	REGISTRO:	
Queridas:	Por em FN 26(D)		
Exame físico:			
H.D.:	Sensação cintura p/ D		
<u>CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO</u>			
Conduta:	① Voltar em IFA, IN ② Descolher IFA, FN ③ Ligar e reavaliar 12/03 Não		
Rx fratura de fíbula tipo fibula. Mobilização dia 07/03 ao Ontopédico.			
TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
Consulta simples	Meilhora	Data: / /	SIM ( ) NÃO ( )
Consulta c/ Observação	Solicitação	Horas: _____	DIAS: _____
Indicação (Internamento)	Transferência Indisciplina Óbito		
Data: 12/03/19	Dr. Pedro Marques Médico CRMFPE 2777 Médico - CREMIEPE (Carimbo)		
Hora: _____			

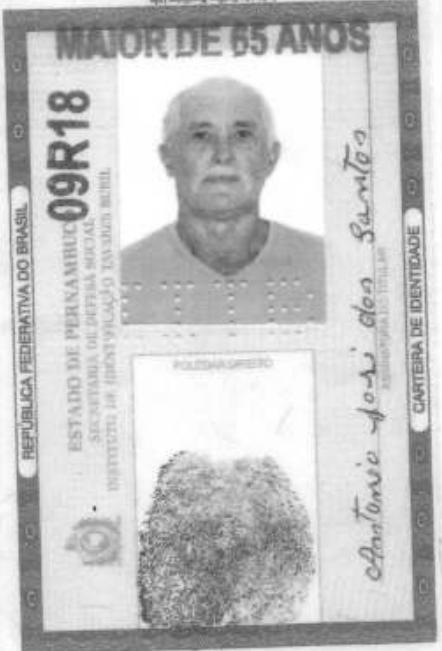


Eu antonio José dos Santos de CPF  
171 131 484-68 RG 1679 020 dei  
entrede em um processo de invalidade  
do seguros O PUST com o numero de  
Avaliatio 3190 372082, no dia do acidente  
procurei atendimentos na unidade  
Mista São José em Bezerros que foi  
atendidos e diagnosticado com uma  
fratura de tornozelo foi imobilizada  
com uma bota de gesso passou 60 dias  
com o gesso foi realizada fisioterapia  
motora e acupuntura e liberada, Peren  
continuai com dor e dificuldade de de  
andar, a seguradora solicitou documento  
de internamento sendo que não  
fiquei internado pois foi um atendimento  
de urgencia como consta na documentação  
que foi enviada juntamente com o exame  
de raiox nasas Junto com esse  
também um laudo definitivo falando  
os sequelas que me resultou o acidente.  
Nunca pedir que meu processo seja  
melhor avaliado e que meque  
uma parceria médica com o medico  
da seguradora

Bezerros 14.08.2019

antonio José dos Santos







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA - COD. RENAVAM - RALTC.C. - EXERCÍCIO  
1 1049905721 \*\*\*\*\* 2019

NOME  
KATIA ANDREZA DOS SANTOS

SEZERROS-PE	0			
CPF / CNPJ	PLACA			
013.267.504-88	PCB3935			
PLACA ANT / UF	CHASSI			
***** / PE	9C2KD0800FR027445			
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL			
PAS / MOTOCICLETA	ALCO / GASOL			
MARCA / MODELO	ANO FAB. ANO MOD.			
HONDA / NXR160 BROS ESD	2015 2015			
CAP / POT / CIL.	CATEGORIA			
2P / 162CC	PARTIC			
COTAS PREDOMINANTE	VERMELHA			
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS	
I	IPVA 2019 QUITADO	1*****	1*****	
P	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2*****	
V	1		3*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11		0.32	84.58	11/02/19
OBSERVAÇÕES				
SEM RESERVA				
DESENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO				
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA				

SEZERROS-PE DATA  
Roberto Carlos Moreira Fontalha 11/02/19  
DIRETOR PRES. EMISSOR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014488021421 BILHETE DE SEGURO DPVAT

KATIA ANDREZA 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

SEZERROS-PE	0	
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2019	11/02/19	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1 1049905721	013.267.504-88	PCB3935
MARCA / MODELO	CHASSI	
HONDA / NXR160 BROS ESD	9C2KD0800FR027445	
ANO FAB.	CATEGORIA	
2015	09	
PRÉMIO TARIFÁRIO		
RNB (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05	4.01	40.06
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	IRLASEP/REFINANCIAMENTO
4.15	0.32	84.58
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	11/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 02.246.808/0001-04

PESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
É O NÚMERO DE PORTE OBRIGATÓRIO.



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190372082      **Cidade:** Bezerros      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO JOSE DOS SANTOS      **Data do acidente:** 12/03/2019      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA. P2(ANEXO)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. P2(ANEXO)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 11:03:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031311033022700000058230787>

Número do documento: 20031311033022700000058230787

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190372082      **Cidade:** Bezerros      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO JOSE DOS SANTOS      **Data do acidente:** 12/03/2019      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAZILIZOU ESTABELECIER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAI COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.  
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 11:03:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031311033022700000058230787>

Número do documento: 20031311033022700000058230787

Num. 59212507 - Pág. 13



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, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190372082

Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KATIA ANDREZA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO JOSE DOS SANTOS

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, contados 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 14439370

Pag. 01501/01502 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020751



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 11:03:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031311033022700000058230787>  
Número do documento: 20031311033022700000058230787

Num. 59212507 - Pág. 14



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, 12 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190372082**

**Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 12/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KATIA ANDREZA DOS SANTOS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

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

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01961/01962 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14442855



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 11:03:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031311033022700000058230787>  
Número do documento: 20031311033022700000058230787

Num. 59212507 - Pág. 15



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, 03 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190372082**

**Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 12/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KATIA ANDREZA DOS SANTOS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

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

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01949/01950 - carta\_03 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 11:03:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031311033022700000058230787>  
Número do documento: 20031311033022700000058230787

Carta nº 14517210

Num. 59212507 - Pág. 16

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, 31 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190372082**      **Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 12/03/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KATIA ANDREZA DOS SANTOS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

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

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =      R\$ 843,75

**Recebedor: ANTONIO JOSE DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000002192**

**Conta: 0000089016-5**

**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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190372082      **Cidade:** Bezerros      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO JOSE DOS SANTOS      **Data do acidente:** 12/03/2019      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA. P2(ANEXO)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. P2(ANEXO)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 11:03:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031311033022700000058230787>

Número do documento: 20031311033022700000058230787

Num. 59212507 - Pág. 18

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
Nº do sinistro ou ASL: <input type="text"/> CPF da vítima: <input type="text"/> Nome completo da vítima: <input type="text"/>			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/> Profissão: <input type="text"/> Endereço: <input type="text"/> Número: <input type="text"/> Complemento: <input type="text"/> Bairro: <input type="text"/> Cidade: <input type="text"/> Estado: <input type="text"/> CEP: <input type="text"/> E-mail: <input type="text"/> Tel.(DDD): <input type="text"/> (019) 9456-0670			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
<b>RENDIMENTO MENSAL:</b> <input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00			
<b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (5) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			

<b>DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>			
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			

<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b>			
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima: <input type="text"/>			
Grau de Parentesco com a vítima: <input type="text"/> Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <input type="text"/>			
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se tinha filhos, informar quantos: <input type="text"/> Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: <input type="text"/> Bezerros 05/06/19		<b>TESTEMUNHAS</b>	
	Nome: <input type="text"/>		1º   Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/>	
CPF: <input type="text"/>		Assinatura		Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO <em>Antônio José dos Santos</em> Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2º   Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/>		

Assinatura do Representante Legal (se houver)  Assinatura do Procurador (se houver)  Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

101 V001/2018





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha os(s) tipo(s) de cobertura:  DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	171.131.484-68	Antônio José dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:	171.131.484-68	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Recurso	SI Poco Jende	40		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP: 55660-000	
SI poco jende/fazendinha	Bezerros	PE	Tel.(DDD): (019) 9456-0670	
E-mail:				

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<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"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 2192 CONTA: 89016 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Bezerros 21/06/19
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antônio José dos Santos  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Katia Andrade dos Santos  
Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

101 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC  
DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0181000940**

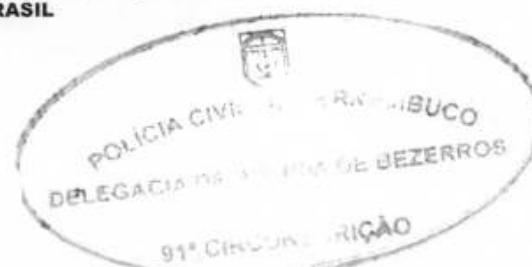
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2019** às **10:01**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 2/3/2019 às 08:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, SITIO POÇO VERDE** - Bairro: **ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

... ( AUTOR \ AGENTE )  
KATIA ANDREZA DOS SANTOS ( OUTRO )  
ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS

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

**ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA IZABEL DOS SANTOS**  
Pai: **JOSÉ TOLENTINO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **9/11/1949** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Documentos: **167902/SDS/PE (RG), 17113148468 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade:  
**DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:  
- 978006436

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, SITIO POÇO VERDE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**KATIA ANDREZA DOS SANTOS (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **KATIA ANDREZA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS**  
160 bacos  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **PCB3935** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **104990672** Chassi: **9C2KD0800FR027445**  
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

**CONSOANTES RELATO DA VITIMA , O MESMO NOTICIA QUE NA DATA E LOCAL SUPRA MENCIONADOS ESTAVA VOLTANDO PARA A SUA RESIDÊNCIA E NO SENTIDO CONTRARIO VINHA UM CAMINHÃO DE DADOS NÃO FORNECIDO , QUE O MESMO SAIU DE SUA MÃO E VEIO EM SUA DIREÇÃO ELE AO TENTAR SE DESVIAR PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR , SENDO ASSIM SOFRENDO ESCORIAÇÕES E LESÕES PELO CORPO SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ ONDE DERA ENTRADA CONFORME REGISTRO N°919574 DATADO DE 1203/2018 . PELO EXPOSTO COMUNICA O OCORRIDO PARA AS MEDIDAS CABÍVEIS.**

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

*Antônio José dos Santos*  
**ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CLOVES VITORINO DA SILVA** - Matrícula: **3811646**



05/06/2019 09:54



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 11:03:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031311033022700000058230787>  
Número do documento: 20031311033022700000058230787

Num. 59212507 - Pág. 22



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ºCIRC  
DINTER1/14ºDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0181000948**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/06/2019** às **09:13**

Complementa o BO Número: **19E0181000940**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **12/3/2019** às **08:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, SITIO POÇO VERDE** - Bairro: **ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

... ( AUTOR \ AGENTE )  
KATIA ANDREZA DOS SANTOS ( OUTRO )  
ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS

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

**ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA IZABEL DOS SANTOS**  
Pai: **JOSÉ TOLENTINO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **9/11/1949** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1679020/SDS/PE (RG), 17113148468 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 973000436**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, SITIO POÇO VERDE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**KATIA ANDREZA DOS SANTOS (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **KATIA ANDREZA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCB3935** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **104990672** Chassi: **9C2KD0800FR027445**  
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

**CONSOANTES RELATO DA VITIMA , O MESMO NOTICIA QUE NA DATA E LOCAL SUPRA MENCIONADOS ESTAVA VOLTANDO PARA A SUA RESIDÊNCIA E NO SENTIDO CONTRARIO VINHA UM CAMINHÃO DE DADOS NÃO FORNECIDO , QUE O MESMO SAIU DE SUA MÃO E VEIO EM SUA DIREÇÃO ELE AO TENTAR SE DESVIAR PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR , SENDO ASSIM SOFRENDO ESCORIAÇÕES E LESÕES PELO CORPO SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ ONDE DERA ENTRADA CONFORME REGISTRO Nº919574 DATADO DE 1203/2018 . PELO EXPOSTO COMUNICA O OCORRIDO PARA AS MEDIDAS CABÍVEIS.**

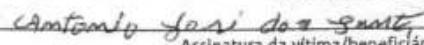
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CLOVES VITORINO DA SILVA** - Matrícula: **3811646**



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha os(s) tipo(s) de cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
Nº do sinistro ou ASL: <input type="text" value="171.131.484-68"/> CPF da vítima: <input type="text" value="171.131.484-68"/> Nome completo da vítima: <input type="text" value="Antônio José dos Santos"/>			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: <input type="text" value="Antônio José dos Santos"/>			
Profissão: <input type="text" value="Recreio"/> Endereço: <input type="text" value="SI Poco Jende"/>			
Bairro: <input type="text" value="SI poco jende/fazendinha"/> Cidade: <input type="text" value="Bezerros"/> Estado: <input type="text" value="PE"/> CEP: <input type="text" value="55660-000"/>			
E-mail: <input type="text" value=""/>			
CPF: <input type="text" value="171.131.484-68"/> Número: <input type="text" value="50"/> Complemento: <input type="text" value=""/>			
Tel.(DDD): <input type="text" value="019"/> Tel.(P): <input type="text" value="9456-0670"/>			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
<b>DADOS CADASTRAIS</b>			
RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00			
<b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA</b>			
<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"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: <input type="text" value="2192"/> CONTA: <input type="text" value="89016"/> Dígito: <input type="text" value="5"/>		AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ Dígito: _____	
(Informar o dígito se existir)			
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
<b>DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>			
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			
<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b>			
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima: _____			
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____			
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			
<b>TESTEMUNHAS</b>			
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado			
Local e Data: <input type="text" value="Bezerros 05/06/19"/> Nome: _____ CPF: _____			
(*) Assinatura de quem assina A ROGO 			
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)			
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver) Assinatura			
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. <b>NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.</b>			
101 V001/2018			





Prefeitura Municipal de Bezerros  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista São José



706001868586948

FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO: 919579
DATA: 12-03-19		HORA: 15:31		TELEFONE:
NOME: Antônio José dos Santos				IDADE: 69 anos
NOME DA MÃE: Rosângela dos Santos				
DATA DE NASCIMENTO: 09/11/1950		ACOMPANHANTE:		
END.: Setor Poco Verde		BAIRRO: Terra Preta		N.º -
CIDADE: Bezerros		SINAIS VITAIS		
PA: 147/85 mmHg	HGT: - mg/dL	T: - °C	PESO: 82 kg	Uol
				Téc. Enfermagem/COREN

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

##### I – Sinais de Emergência imediata

##### CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- O Apnéia O Cianose O Estridor O FC<50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 irpm
- O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulo fraco ou ausente O PCR O Sudorese
- O PAS < 80 ou >200mmhg O PAD < 40 ou > 130 mmhg HGT < 40 ou > HI mg/dl O Convulsão no momento
- O Politraumatismo/Glasgow <= 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
- O Broncoaspiração O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II – Sinais de urgência – Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

##### CLASSIFICAR COMO AMARELO

- O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou >180mmhg O PAD < 50 ou > 110mmhg sem sintomas
- O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
- O Tugor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
- O Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ< 10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuróvascular ou dor intensa
- O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
- O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III – Sem risco de morte – somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

##### CLASSIFICAR COMO VERDE

- O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaquecas O Dor de ouvido moderada a grave
- O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abcessos O Intercorrências ortopédicas

IV – Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

##### CLASSIFICAR COMO AZUL

- O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
- O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- O Troca de curativos ou retiradas de pontos
- O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
- O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

#### CLASSIFICAÇÃO

Vermelho

Amarelo

Verde

Azul

Queda de Moto (SIE)

Trauma mi pé 10.

Alergias:  NÃO (  ) SIM, à

ENCAMINHADO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ORIENTAÇÕES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Isane E. de Oliveira  
cadêmica de Enfermagem  
Mat: 01463504  
de São de Nassau

Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e  
carimbo



FICHA DE ATENDIMENTO	Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, à	REGISTRO:	
Queridas:	Pior em TN 2 (D)		
Exame físico:			
H.D.:	Sensação de dor		
<u>CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICACÃO</u>			
Conduta:	① Voltar em 1FA, IN ② Deslocar 1FA, EN ③ Ligar-se + monitorizar 12h Não		
Rx fratura de fíbula tipo fibulara. Mobilização dia 07/03 ao Ontopediatria.			
TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
Consulta simples	Meilhora	Data: / /	SIM ( ) NÃO ( )
Consulta c/ Observação	Solicitação	Horas: _____	DIAS: _____
Indicação (Internamento)	Transferência Indisciplina Óbito		
Data: 12/03/19	Dr. Pedro Marques Médico CRMFPE 2777 Médico - CREMPE (Carimbo)		
Hora: _____			



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000089016-5

---

Nr. da Autenticação E6E88804DEFEF469



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 11:03:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031311033022700000058230787>  
Número do documento: 20031311033022700000058230787

Num. 59212507 - Pág. 28