



Número: **0009483-22.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WERMESON CLEBERSON DE LIMA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59452424	18/03/2020 14:58	2704502_CONTESTACAO_01	Parecer



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00094832220208172001

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."

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Av. Das Nações Unidas, 11.711 - 21º Andar - Brooklin Paulista - São Paulo - SP - CEP: 04578-000, inscrita no CNPJ sob o número 61.074.175/0001-38 e **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 **WERMESON CLEBERSON DE LIMA**, 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 **14/12/2017**, restando permanentemente inválida.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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



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

Importante ressaltar que a parte autora recebeu o valor de R\$2.531,25 referente à lesão no ombro direito adquirida no acidente ocorrido em 25/12/2014.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

PRELIMINARMENTE

DA IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO

Inicialmente cumpre informar que mediante análise dos autos verifica-se que o não há nos autos procuração ou substabelecimento outorgando poderes para advogado que assinou eletronicamente a petição inicial.

Vejamos o entendimento do STJ:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. AUSÊNCIA DE INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO OU SUBSTABELECIMENTO DA ADVOGADA SUBSCRITORA DO RECURSO. RECURSO ASSINADO ELETRONICAMENTE. IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 115/STJ.

1. "A prática eletrônica de ato judicial, na forma da Lei n. 11.419/2006, reclama que o titular do certificado digital utilizado possua procuração nos autos, sendo irrelevante que na petição esteja ou não grafado o seu nome" (AgRg no REsp1.347.278/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, CORTE ESPECIAL, julgado em 19/6/2013, DJe 1º/8/2013.).

2. Nos termos da jurisprudência do STJ, a identificação de quem peticiona nos autos é a proveniente do certificado digital, independentemente da assinatura que aparece na visualização do arquivo eletrônico.

3. "A juntada posterior do instrumento de procuração ou substabelecimento não tem o condão de sanar o vício contido no recurso manejado, ante a inaplicabilidade dos arts. 13 e 37 do CPC no âmbito dos recursos excepcionais. Precedentes da Corte Especial e da 1ª Seção do STJ" (AgRg no REsp 1.450.269/RJ, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 25/11/2014, DJe 2/12/2014.).

AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 724.319 – BA (2015/0134460-5)

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



Neste sentido é importante consignar que referido documento é de suma importância a esses autos, eis que, para que a representação da parte seja válida é necessária à outorga de mandato.

Diante do exposto, em face da irregularidade na representação processual da parte autora requer intimação da mesma para sanar o vício ora anunciado, sob pena de indeferimento da petição inicial.

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, CPC¹.

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

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

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

¹“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)



Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

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

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

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

²RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.



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

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

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

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 ação⁵

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.

³ **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.”

⁴ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ **art. 1º . (...)**

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



CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 10 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

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

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

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

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

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

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



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **WERMESON CLEBERSON DE LIMA**, em curso perante a **20ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00094832220208172001.

Rio de Janeiro, 10 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





18/03/2020

Número: **0009483-22.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WERMESON CLEBERSON DE LIMA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59452425	18/03/2020 14:58	ANEXO 1	Outros (Documento)



SAMU
192



Hora do chamado: 18 : 06
Chegada ao local: _____ : _____
Saída do hospital: _____ : _____
Hora da conclusão: _____ : _____

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação: 14/12/17 Distrito: _____ Número da Ocorrência: 5416 544
Motivo da Solicitação: colisão carro ☐ UTI ☐ Básica ☐ Helicóptero

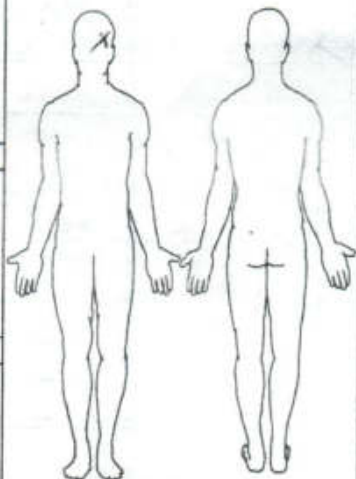
<input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> OBSTÉTRICOS
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> HANGAR	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> METROPOLITANO	<input type="checkbox"/> TROTES/CANCELADAS
		<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO - Senha <u>5319 705</u>

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Wermeson Clebson de Lima DN: 16/08/87 Idade: 31 anos
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem. Profissão: _____ Fone: _____
End.: Engenho mulata - Usim. Caranheiras
Solicitante: mariael Fone: _____
End. Ocor.: PE662 - Próx. Hotel Alfaia Bairro: _____
Referência: Próx. trevo de Aliança

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acid. Automóvel	Acid. Motocicleta	Atropelamento	Mecan. do Trauma
<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Motociclista	<input type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Capotamento
<input type="checkbox"/> Passageiro/Frente	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Calçada	<input type="checkbox"/> Ejeção
<input type="checkbox"/> Passageiro/Trás		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Impacto frontal
Uso do Cinto	Uso do Capacete		<input type="checkbox"/> Impacto lateral
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Impacto traseiro
Acid. Trânsito	Acid. Ciclista	Intoxicação	Exposições
<input type="checkbox"/> Carro ou Moto	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> An. Peçonhento	<input type="checkbox"/> Choque Elétrico
<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exógeno	<input type="checkbox"/> Fogo
<input type="checkbox"/> Caminhão	<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Outros	() 1° () 2° () 3°
Placa: _____		Agente causador	<input type="checkbox"/> Fumaça
			<input type="checkbox"/> Subst. Química
Asfixia	Queda	Agressões	
<input type="checkbox"/> Semi-afogamento	<input type="checkbox"/> Própria altura	<input type="checkbox"/> Arma de fogo	<input type="checkbox"/> Agressão Física
<input type="checkbox"/> Soterramento	<input type="checkbox"/> Outra altura	<input type="checkbox"/> Tipo _____	<input type="checkbox"/> Maus tratos
<input type="checkbox"/> Engasgo	<input type="checkbox"/> Aproximadamente	<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Abuso sexual
<input type="checkbox"/> Outros	_____ metros	<input type="checkbox"/> Tipo _____	

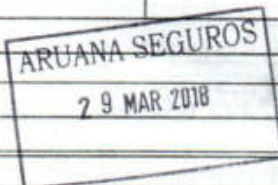


CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica atual: _____
Hipótese Diagnóstica Conhecida: _____

AValiação CLÍNICA:

Temperatura _____	Glicemia(HGT) _____	<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Gemido/Estridor
Vias aéreas _____	Pulso _____	<input type="checkbox"/> Desidratação	<input type="checkbox"/> Batimento Asa Nariz	<input type="checkbox"/> Obst. V. Aéreas
F.R. _____		<input type="checkbox"/> Lesões de Face	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Retratação Xifóide
		<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Deformidade Tórax	<input type="checkbox"/> Sibilos Expiratórios





SAMU
192

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária

- ☒ Alerta
☒ Resposta Verbal
☐ Resp. estímulos Dolor
☐ Irresponsivo

Sinais de Disf. Cerebral

- ☐ Déficit Motor
☐ Desvio de Comissura Labial
☐ Dificuldade de Fala

Avaliação das Pupilas

- ☐ Isocóricas
☐ Anisocóricas
☐ Midríase
☐ Miose

NATUREZA DA LESÃO

- ☐ Lesões Intra-abdominais
☐ Lesões Intra-torácicas
☐ Presença/Sangue

Fratura - Ossos Longos

- ☐ Aberta ☐ Fechada

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total de Pontos
Abertura Ocular Espontânea	4	5	6
Abertura Ocular à Voz	3	4	5
Abertura Ocular à Dor	2	3	4
Sem Abertura Ocular	1	2	3
	Orientado	Obedece Comando	
	Confuso	Localiza Estímulos Dolorosos	
	Resposta Inapropriada	Retirada ao Estímulo Doloroso	
	Sons Ininteligíveis	Flexão Anormal (Decorticação)	
	Sem resposta Verbal	Extensão Anormal (Descerebração)	
		Sem Resposta Motora	

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

- ☐ Aspiração de Sangue e Secreção
☐ Entubação Orotraqueal
☒ Imobilização de Coluna Cervical
☒ Infusão de Fluidos
☐ Reanimação Cardiopulmonar
☐ Imobilização de Membros

Ventilação Mecânica

Modalidade: _____
FIO₂: _____

Adaptação Ventilação

- ☐ Bem ☐ Mal

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

OP: ☒ Catéter ☐ CPAP ☐ Venturi % ☐ Másc. c/ Reservatório

USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

- ☒ Alcool ☐ Anfetamina ☐ Cocaína ☐ Cola ☐ Crack ☐ Maconha ☐ _____

Informante: ☐ A própria Vítima ☐ Familiares ☐ Outros - Especificar _____

- ☐ Alteração de Humor ☐ Agitado/Irritado ☐ Desorientado ☐ Inconsciente
☐ Alteração na marcha ☐ Agressivo ☒ Hálito Alcoólico ☐ Sonolento

Referente a ingestão de bebida alcoólica há: _____

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde o paciente foi encaminhado:

U.M.A para o HR

Registro do hospital: _____

Médico que Recebeu: _____

- ☐ Maca Retida na Unidade Hospitalar
☐ Orientação para o Ambulatório
☐ Óbito Antes do Atendimento
☐ Óbito durante o Atendimento
☐ Prancha Retida
☐ Removido Antes do Atendimento

Assinatura do Médico Responsável: _____

EQUIPE

Médico Regulador: _____ Médico Assistente: _____

Enfermeira: _____ Socorrista: Ariely

Condutor/Piloto: Elimário Op. de Frota/OEE: _____

Função do responsável pelo preenchimento: TC - Enfermagem Ass.: _____

SOLICITOU APOIO DA UTI ☐ SIM ☐ NÃO

Observação: _____

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

ARTURANA SEGUROS
29 MAR 2018

Ariely Lins
Téc. Enfermagem
COREN-PE 531.157





COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA

CGC 10.319.853/0001-44
End.: Eng. Bujari S/N

Insc. Estadual: 0006650-88
Fone: (81) 3797-0200 FAX: 3626-0880

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que Wermeson Cleberson de Lima RG 7732118 SDS/PE e CPF 076.032.054-65 é funcionário desta empresa desde 02/09/2013 na função de Líder de Transporte e reside no Engenho Terra Rica (Coqueiro), casa nº 09 localizada na Usina Santa Teresa – Goiana – PE.

Declaro ainda que o mesmo por residir em área da empresa, não paga água nem energia elétrica.

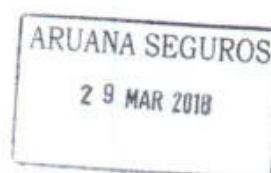
Goiana, 18 de maio de 2017.

Atenciosamente,

Rosângela Rodrigues de Freitas
Analista Administrativo. – Relações Comunitárias
CAIG - Companhia Agro Industrial de Goiana

Escritório
Usina

Av. Marques de Olinda, 11, Edf. Nassau - Bairro do Recife - CEP.: 50.030.000 - PABX: (081) 4009-8000
Fazenda Usina Bujari, S/N - CEP.: 55.900-000 - PABX: (081) 3797-0200 - Fax.: (081) 36260880



RUA DO DE CAXIAS, 170 D

CÓDIGO CONTRATO	MÉDICO
2431353019	01/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRECATORIA PRÓXIMA (SUSCITA)
22/01/2018	03/02/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	331,41

Nº DA INSTALAÇÃO

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
377.000000	0,57761220	217,79
		12,78
		48,79
		5,43
		3,28
		1,78
		10,00

331-41

Nº DO MÊS/ANO	Tipo da Função	Anterior (SALARIO 117)	Atual (SALARIO 118)	Nº DE DIAS	Constante 1,00000	Ajuste	Consumo (MWh)
JAN/18 371							371,00
FEV/17 477							
MAI/17 264							
JUN/17 264							
SET/17 416							
AGO/17 315							
MAI/17 430							
JUN/17 458							
MAI/17 418							
ABR/17 400							
MAR/17 408							
FEV/17 318							
JAN/17 458							

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Correção de Energia	72,38	17,81%
Transmissão	7,70	2,81%
Distribuição (Cabo)	63,58	24,07%
Perdas de Energia	18,10	7,22%
Energias Sotilíeis	23,85	8,07%
Tributação	70,24	26,11%
Total	284,17	100%

BASE DE CÁLCULO

	R\$	%
BASE DE CÁLCULO	284,17	100%
VALOR DO IMPORTE	284,17	100%

0.48036031

F23C C338 880A A844 DEAB 1242 8AAS A84C

[illegible]

Comunicamos a você pagadora de(s) contrib(s) de previdência social(s)

[illegible]

Em caso de não pagamento do débito, o fornecedor de energia poderá ser autuado, bem como poderá sofrer autuação nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, em âmbito nacional. Éa comunicação não autuado a área de débitos artísticos bem como não a energia elétrica por débitos da Lufasa que poderá ser cobrada após o fim do processo.

Não existem pontos de 2016 e
essa informação está incorreta,
mas, para cumprir o prazo de
completação das obrigações do
contribuinte, as informações dos
tributários devem ser dadas
em 12 de março. Essa declaração
não exige dados de
exercícios anteriores ao
exercício em que se encontra
o contribuinte, mas em situações
especiais que poderão ser
consideradas após o fim do processo
judicial.

CONTA	VALOR DO APORTE	LIMITE 01 ANUAL	LIMITE 01 TRIMESTRAL	LIMITE 01 ANUAL	TENSÃO NOMINAL (%)	LIMITE DE TENSÃO (%)
CONTA 01	0,00	3,23	8,47	18,02	200	100
CONTA 02	0,00	2,77	0,00	0,00		
LIMITE 01	2,22	8,50	21,94	18,02		

2431353019 01/2018 22/01/2018 331,41
CONTA CONTRATO MÊSANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
83870000003-6 31410011002-8 43135301910-8 10743670813-3



ARUANA SEGUROS
29 MAR 2018



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção a 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**².

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

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

Pelo exposto, eu, Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wermeson Cleberson de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.038.054 65, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, do sinistro Wermeson Cleberson de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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: Rua Duque de Caxias Número: 170 Complemento: 0
Bairro: Centro Cidade: Goiana Estado: PE CEP: 55900-000
Email: antonioria.goiana@gmail.com Telefone comercial (DDD): (81) 3011-3224 Telefone celular (DDD): (81) 9.9808-6287

Goiana 19 de março de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
29 MAR 2018

DLR/LOG V001/2017



PREFEITURA DA
ALIANÇA
A GRANDE OBRA É CUIDAR DAS PESSOAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA MUNICIPAL DA ALIANÇA

Rua Marechal Deodoro, s/n - Aliança - PE - CEP 55 890 - 000
Fone: 3637.1340 / 3637-1388 / E-mail: unidademista2009@hotmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Registro Nº 302 722 Hora: 18:40 Receptionista: Sus

UNIDADE DE SAÚDE: _____ DISTRITO SANITÁRIO: _____ DATA: 14/12/17

INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO PACIENTE OU ACOMPANHANTE:

NOME: Wermerson Cleberson de Gama

DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO ☒ M ☐ F ☐ IGNORADO ☐

ESTADO CIVIL: 30 ESCOLARIDADE: 16108184 PROFISSÃO: _____

RAÇA/COR

- ☐ 1 - BRANCA
☐ 2 - AMARELA
☐ 3 - PRETA
☐ 4 - INDÍGINA
☒ 5 - PARDA

NOME DA MÃE: Maria do Carmo Gomes de Maria

ENDEREÇO: Eng. Mulatas Nº _____ OOMPL.: _____ CEP: _____

BAIRRO: Eng. Mulatas MUNICÍPIO: Vitória

ACOMPANHANTE: _____

PRECEDÊNCIA: 0 MEIO DE TRANSPORTE: RE

HDA: Paciente - de acidente automobilístico fatal, com lesões e

no local de ocorrência, com dor torácica e dor

VACINAS ATUALIZADAS SIM ☐ NÃO ☐

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO AUTOMÓVEL ☒ ÔNIBUS ☐ MOTO ☐ OUTRO ☐ QUAL? ☐ IGNORADO

FATOR DE PROTEÇÃO CINTO/CAPACETE SIM ☐ NÃO ☐ ☐ IGNORADO

MODO DE ATROPELAMENTO COLISÃO ☐ CAPOTAGEM ☐ OUTRO ☐ QUAL? ☐ IGNORADO

INDO / VOLTANDO DO TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐ ☐ IGNORADO

ACIDENTE DO TRABALHO

ORIGEM CONSTRUÇÃO CIVIL ☐ INDÚSTRIA ☐ AGRICULTURA ☐ COMÉRCIO ☐ QUAL? ☐ IGNORADO

LOCAL DE TRABALHO: ORGÃO: _____ ENDEREÇO: _____ ☐ IGNORADO

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

INTOXICAÇÃO ACIDENTAL ☐ QUEDA ACIDENTAL ☐ AFOGAMENTO ☐ QUEIMADURA ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ OUTRO ☐ QUAL?

AGRESSÃO

☐ IGNORADO

POR ARMA DE FOGO ☐ ARMA BRANCA ☐ ESPANCAMENTO ☐ OUTROS ☐ QUAL? ☐ IGNORADO

POR ASSALTO ☐ BRIGA ☐ AÇÃO POLICIAL ☐ AGRESSÃO SEXUAL ☐ OUTROS ☐ QUAL? ☐ IGNORADO

AUTO AGRESSÃO ☐ SUICÍDIO ☐

☐ IGNORADO

POR ARMA DE FOGO ☐ ENFORCAMENTO ☐ DROGAS ☐ QUEDA DO NÍVEL QUAL? ☐ IGNORADO

LOCAL DA OCORRÊNCIA

VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO ☐ AMBIENTE DE TRABALHO ☐ ESCOLA ☐ OUTROS ☐ QUAL?

OBSERVAÇÕES:

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018

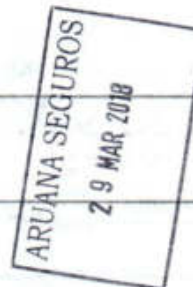
EXAME FÍSICO:

A) GERAL PESO: 66,4 ESTATURA _____ TEMP _____ C _____



SP02: 76%

C: CARDIOVASCULAR: <i>Realiza</i>	PULSO: <i>92</i>	BMP	PA: <i>120</i> x <i>70</i>	MMHG
D: EXAME NEUROLÓGICO: <i>9/15</i>				
E: ABDÔMEN: <i>Fleco indur - p/presso</i>				
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Tumor tumor?</i>				
EXAMES SOLICITADOS:				
TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS: <i>1- SFU, 7r. 2000 - 1 EV L- Depress 1r EV AL</i>				
DATA: <i>14/12/17</i>		Dr. José Lacerda Neto Médico ASSINATURA CONSELHO Nº CREMEPE 25222		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:				
ALTA MELHORADO <input type="checkbox"/> INTERNADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/>				
TRANSFERIDO PARA: <i>HA - Ca ym - 53/470</i>				
MÉDICO	CRM	DATA	HORA	:
Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões sem exames complementares e transporte se forem necessários.				



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 907 306

Nome: Wermeson Clebson de Luna

Foi atendido às 20:31 hs. do dia 14/12/2017

Diagnóstico Provável:

Politrauma após acidente
automobilístico.

TCE / Trauma de face /

Trauma toracoabdominal

Tratamento Realizado:

Tomografia crânio / torax /
abdome

Sutura de face

Observação: Refratado pontos CI 7 -
10 dias

Cópia de:

Médico - CRM

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 042/02 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018



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

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1103879637

NOME
WERNERSON CLEBERSON DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
7732118 RDE PE

CPF
076.038.054-65

DATA NASCIMENTO
16/08/1987

FLUXÃO
CICERO JOSE DE LIMA
MARINALVA GOMES DE
MOURA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A/B

Nº REGISTRO
05814753937

VALIDADE
16/06/2020

1ª HABILITAÇÃO
21/08/2010

OBSERVAÇÕES
SEM observações

Wernerson Cleber de Lima

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOIANA - PE

DATA EMISSÃO
16/06/2015

71038750494
PE067108016

SIGNATURA DO PROVEDOR

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1103879637

ARUANA SEGUROS
29 MAR 2018



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

NOME
LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

DOC. IDENTIDADE / DAS EMISSOR / UF
8317112 SDS PE

CPF
083.562.324-65

DATA NASCIMENTO
01/11/1991

FILIAÇÃO
MARCOS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO
ROBERTA ALESSANDRA MANGABEIRA ALBUQUERQUE

PIDMSSÃO
ACD
CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
04903238220

VALIDADE
09/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
18/03/2010

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
PAULISTA - PE

DATA EMISSÃO
12/01/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

16440965286
PE064115453

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1019700386

PROIBIDO PLASTIFICAR
1019700386

ARUANA SEGUROS
29 MAR 2018



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
013177915023

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 2 COD RENAVAM 979876656 EXERCÍCIO 2017

LUÍZ JOSE DA SILVA

RECIFE-PE

062.509.844-70 PLACA KJV7656

99YB3R0RH9J100709

COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

PAS AUTOMÓVEL

MARCA/MODELO RENAULT/SANDERO AUT1016V

ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP/POT/OL 50/76CV/998CL

CATEGORIA PARTIC

COR/PNEU/CONJUNTO PRATA

COTA ÚNICA 12

PREMIO TARIFÁRIO R\$ 1,00

PREMIO TOTAL R\$ 1,00

DATA DE PAGAMENTO 24/05/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS BEM-QUAIS CAUSADOS POR VEICULOS
ANOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

013177915023 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUÍZ JOSE DA SILVA

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

www.seguradotalider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE-PE

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 24/05/17

062.509.844-70 PLACA KJV7656

979876656 RENAULT/SANDERO AUT1016V

2008 01 99YB3R0RH9J100709

PREMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

TOTAL A SER PAGADO (R\$)

DATA DE OUTAÇÃO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.908/0001-54

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Wermeson Cleberson de Lima
DATA DO ACIDENTE 14.12.17 CPF DA VITIMA 076.038.054-65
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Quá Eulherme mangabeira de
Carvalho
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VITIMA É Wermeson Cleberson de Lima
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Duque de Caxias
Nº 170 COMPLEMENTO D BAIRRO Centro
CIDADE Goiana UF PE CEP 55900-000
E-MAIL absterrovia.goiana@gmail TELEFONE (81) 3011-3224
.com

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29/03/18
IDENTIDADE 8.317.118
ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 29/03/18
NOME ARUANA SEGUROS
ASSINATURA [Assinatura]



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180143765 **Cidade:** Aliança **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WERMESON CLEBERSON DE LIMA **Data do acidente:** 14/12/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRANIOFACIAL, TORÁCICO E ABDOMINAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dorian Braga Saraiva



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180143765 **Cidade:** Aliança **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WERMESON CLEBERSON DE LIMA **Data do acidente:** 14/12/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranio encefálico.
ferimento na face.
Traumatismo torácico com fratura de três arcos costais à esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Vítima ao exame físico, sem sequelas neurológicas, faciais ou torácicas.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador do traumatismo cranio encefálico e do traumatismo torácico.
Tratamento cirúrgico com sutura do ferimento da face.
Não realizou fisioterapia.
Alta médica.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 17/04/2018

Conduta mantida:

Observações: vítima sem sequelas, apresenta cicatriz na região palpebral esquerda.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

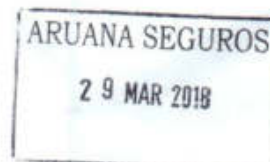
Outorgante: Wermeson Cleberson de Lima
Identidade: 7732118 CPF: 076.038.054-65 Estado Civil: Solteiro
Profissão: Lider de Trânsito End: Eng Terra Rica, 09,
Urua Santa Teresa, Goiânia-PE

Outorgado: Luís Guilherme Mangabeira de Carvalho
Identidade: 8.317.118 CPF: 083.562.324-68 Estado Civil: Casado
Profissão: Autônomo End: Rua Duque de
Caxias, 507, D, Centro, Goiânia-PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas, referente ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima Wermeson Cleberson de Lima
Identidade: 7732118 CPF: 076.038.054-65

Goiânia 16 de Janeiro de 2018

Wermeson Cleberson de Lima



Vilma Joaquim de Lima
Escrevente

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180143765

Nome do(a) Examinado(a): WERMESON CLEBERSON DE LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): ENG TERRA RICA, 09 - GOIANA/PE - CEP 55900-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 7732118 - sds-pe - 16/06/2015

Data e Local do Acidente : 14/12/2017 - Aliança, PE

Data e Local do Exame : 17/04/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

TCE, ferimento em face, trauma toracico com fratura de 3 arcos costais a esquerda.

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

Tratado conservadoramente com suporte clinico, analgesia e sutura do ferimento de face, evoluindo sem complicações.

Não fez fisioterapia.

Alta cerca de 5 dias após o trauma.

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

vitima consciente e orientado ao exame, sem deficit cognitivo, realiza contato verbal e visual com entrevistador. Apresenta expansibilidade toracica sem alterações. Cicatriz de sutura em região palpebral esquerda.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☐ Sim ☒ Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:



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

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

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

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

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

Região Corporal

Região Corporal

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

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

Região Corporal

Região Corporal

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

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

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





LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **WERMESON CLEBERSON DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180143765**

Vítima: **WERMESON CLEBERSON DE LIMA**

Data do Acidente: **14/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180143765**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12607541

Pag. 01363/01364 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **WERMESON CLEBERSON DE LIMA**

Sinistro: **3180143765**
Vítima: **WERMESON CLEBERSON DE LIMA**
Data do Acidente: **14/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180143765** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00141/00142 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12639977



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **WERMESON CLEBERSON DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180143765**
Vítima: **WERMESON CLEBERSON DE LIMA**
Data do Acidente: **14/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180143765**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **14/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00247/00248 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 12683188





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou AS: _____ CPF da Vítima: 076.038.054-65 Nome completo da vítima: Wermeson Cleberson de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Wermeson Cleberson de Lima</u>	CPF titular da conta <u>076.038.054-65</u>	Profissão <u>Recuseiro</u>
Endereço <u>Eng. Tuxa Roca</u>	Número <u>09</u>	Complemento
Cidade <u>Ubatuba Santa Teresa</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55900-000</u>
E-mail <u>arthurroia.goiarna@gmail.com</u>		Telefone (DDD) <u>(81) 9.9808-6287</u>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ **RECUSO INFORMAR** ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 15.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 15.000,00

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

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

BANCO <u>Brasil</u>	001		
AGÊNCIA <u>0220</u>	DV <u>8</u>	CONTA <u>37649</u>	DV <u>3</u>

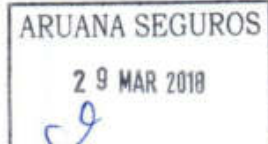
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Goiarna 19 de março de 2018
Local e Data

Wermeson Cleberson de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Wermeson Cleberson de Lima
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF-001 V001/2017

BANCO DO BRASIL S.A.
16/01/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 12.04.55
0242572325

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0220-8 CONTA: 37.649-3
CLIENTE: WERMESON CLEBERSON LIMA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
05/12/2017		
Saldo Anterior		0,00C
22/12/2017		
Recebimento de Proventos 193265		824,38C
COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA		
Tarifa Pacote de Servicos 091715		2,71C
Cobr parc tarf pend ref a 05/12/2017		
Saldo		821,67C
28/12/2017		
Recebimento de Proventos 626728		1.387,78C
COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA		
Saldo		2.189,43C
29/12/2017		
Saque no TAA 999999		2.000,00C
29/12 14:07 SAA-ABREU E LIMA		
Saldo		189,43C
05/01/2018		
Tarifa Pacote de Servicos 129113		12,40C
Tarifa referente a 05/01/2018		
Saldo		177,03C
15/01/2018		
Recebimento de Proventos 138264		3.050,66C
COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA		
Recebimento de Proventos 138538		820,77C
COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA		
Saque no TAA 999999		2.000,00C
15/01 18:16 SAA-IGARASSU		
Transferencia enviada 010925		500,00C
15/01 1363 10925-8 CICERO JOSE DE		
Transferencia enviada 011197		300,00C
15/01 2039 11197-X A BARBOSA ANDR		
Saldo		1.248,46C
16/01/2018		
Saque no TAA 999999		1.240,00C
16/01 12:00 SAA-PEDRAS DE FOGO		
S A L D O		8,46C
Juros *		0,00
Data de Debito de Juros		01/02/2018
IOF *		0,00
Data de Debito de IOF		01/02/2018
(*) Apurados de acordo com o somatorio dos saldos devedores diarios no mes anterior ao debito.		

O SEU CARTAO JA ESTA DISPONIVEL EM SUA AGENCIA.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 048ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALIANÇA - DP48ª CIRC DINTER1/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0138001185

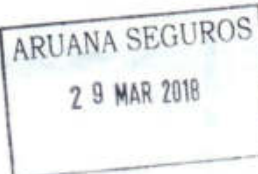
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/12/2017 às 13:49

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 14/12/2017 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE ALIANÇA, 01, PE 62 - Bairro: CENTRO - ALIANÇA/PERNAMBUCO/BRASIL -
Ponto de Referência: DEPOIS DA OFICINA DE CHICO DODO/EUCALIPTOS
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

RIVALDO ALVES DE FRANÇA (AUTOR/AGENTE)
CICERO JOSE DE LIMA (OUTRO)
LUIZ JOSE DA SILVA (OUTRO)
FFS LOCAÇÕES DE CAMINHÕES LTDA EPP (OUTRO)
WERMESON CLEBERSON DE LIMA (VITIMA) ✓



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): WERMESON CLEBERSON DE LIMA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): RIVALDO ALVES DE FRANÇA

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

WERMESON CLEBERSON DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARINALVA GOMES DE MOURA Pai: CICERO JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 16/8/1987 Naturalidade: CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 7732118/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Endereço Residencial: MUNICIPIO DE GOIANA, 01, ENGENHO COQUEIRO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

RIVALDO ALVES DE FRANÇA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE ALVES DE FRANÇA Pai: ANTONIO LUIZ DE FRANÇA Data de Nascimento: 30/8/1972 Naturalidade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL Endereço Residencial: RUA MANOEL CORTE REAL - CEP: 55000-000 - Bairro: ENGENHO DO MEIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL Endereço Comercial: BAIRRO DE MURIBECA DOS GUARARAPES (BAIRRO), 1532, TRANSPORTADORA FERREIRA LOG - BR101 - CEP: 55000-000 - Bairro: MURIBECA DOS GUARARAPES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

CICERO JOSE DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DE LIMA Pai: JOSE FRANCISCO DE LIMA Data de Nascimento: 20/7/1966 Naturalidade: GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 3043847/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: ADMINISTRADOR(A) Telefones Celulares: -81999736422

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE VICENCIA, 0, ENGENHO MULATA - ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VICENCIA/PERNAMBUCO/BRASIL

15/12/2017 13:33



LUIZ JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA NEGROMONTE, 32 - CEP: 55000-000 - Bairro: FUNDAO - RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL

FFS LOCAÇÕES DE CAMINHÕES LTDA EPP - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -
Endereço Comercial: TRAVESSA SANTA FLORA, 1407, LT05J003 - CEP: 55000-000 - Bairro: PRAZERES - JABOATÃO DOS
GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LUIZ JOSE DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): WERMESON CLEBERSON DE LIMA

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEI/RENAULT/SANDERO Objeto apreendido: Não
Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KJV7656 (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: 979887665 Chassi: 93YBSR0RH9J100709
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2009 Combustível: ALCO/GASOL
Descrição: RENAULT/SANDERO AUT1016V

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FFS LOCAÇÕES DE CAMINHÕES LTDA EPP, que estava em posse do(a) Sr(a): RIVALDO ALVES DE FRANÇA

Categoria/Marca/Modelo: CAMINHÃO/MLBENZ/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: FFN5106 (PERNAMBUCO/JABOATÃO DOS GUARARAPES) Renavam: 568432088 Chassi: 9BM979023DS016841
Combustível: DIESEL
Descrição: MLBENZ/ACCELO 815

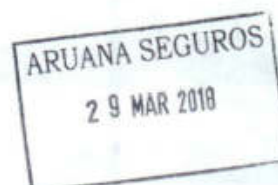
Complemento / Observação

ESTEVE HOJE NESTA DEPOL O SR. CICERO JOSE, PAI DA VÍTIMA DESSA OCORRÊNCIA, COMUNICANDO QUE NA DATA CITADA O FILHO DELE HAVIA SOFRIDO UM ACIDENTE AUTOMÓVEL E QUE ELE, NOTICIANTE, COMPARECEU AO LOCAL. DISSE AINDA QUE CONVERSOU COM MOTORISTA DO CAMINHÃO ENVOLVIDO QUE ERA CONDUZIDO PELO SR. RIVALDO, E QUE O MESMO TERIA LHE DITO QUE FOI FAZER UMA ULTRAPASSAGEM E COLIDIU COMO OUTRO VEÍCULO CONDUZIDO PELA PESSOA DE WERMESON. NOS RELATOU TAMBÉM QUE UMA EQUIPE DA POLÍCIA MILITAR ESTEVE NO LOCAL E REGISTROU O FATO SOB O BO Nº 4421/2017 O QUAL NOS FOI ENTREGUE A POSTERIORE PELOS POLICIAIS MILITARES. RELATOU TAMBÉM QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMUÍO HOSPITAL LOCAL, MAS QUE NÃO FICOU NESTA UNIDADE SENDO LEVADO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE ENCONTRA-SE INTERNADO. DIANTE DOS FATOS REGISTRO A OCORRÊNCIA. SEM MAIS, ENCERRO O PRESENTE.

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


CICERO JOSE DE LIMA
(OUTRO)

B.O. registrado por: ANDRE JOSE TRAJANO DOS ANJOS - Matrícula: 272745-5



15/12/2017 13:33



1.ª Via

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

4421/17

Série-A
1ª Parte

Unidade Operacional 20641390	Circunscrição 482	Data do Registro 14/12/17	Hora do Registro 20:30	Nº da Folha / Total de Folhas 01 / 1
Descrição da Notícia ACIDENTE DE TRÂNSITO C/VITIMA N/FATAL		Aviso de ocorrência do CDD		
Data (dd / mm / aaaa) 14/12/17	Hora (hh:mm) 18:00	<input checked="" type="checkbox"/> Automa Certificada <input type="checkbox"/> Automa Desconhecida	<input type="checkbox"/> Consumada <input type="checkbox"/> Tentado	<input type="checkbox"/> Colapso <input type="checkbox"/> Dolosa
Circunscrição do Fato 482		Local Princip. da Ocorrência VE 62		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) VE 62		Número		
Complemento (Apto, Sala, Andar)		Bairro RURAL		CEP
Município ALIANÇA		Ponto de Referência Apoia a Oficina de Chico Doido		
<input checked="" type="checkbox"/> VITIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input type="checkbox"/> Sítio / Não				
Nome / Razão Social WERMESON CLEBERSON DE LIMA				
Pai Cicero José de Lima				
Mãe Marília da Góes de Moura				
Apelido, Nome Fantasia		Sexo M	Estado Civil 1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a)
Data de Nascimento 16/08/1987		Idade (anos) 30A	Escalação 1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo	
RG 2532118		CPF 585	Órgão Expedidor Nacionalidade	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) Chão de Fubenta		Número		
Bairro Rural		CEP	Município Vicência	UF PE
Dados Profissionais/Emprego		Profissão		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)		Número		
Bairro		CEP	Município	UF
Altura Aparente 1. Até 1,50m 2. 1,51-1,70m 3. 1,71-1,80m 4. Acima de 1,80m		Peso 1. Até 50 kg 2. 51-60 kg 3. 61-70 kg 4. Acima de 70 kg	Cor da Pele 1. Branca 2. Negra 3. Amarela	Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Tipo de Cabelo / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Vestimenta, Uniforme, etc.		Dentes (Descrever)		
<input type="checkbox"/> VITIMA <input checked="" type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input type="checkbox"/> Sítio / Não				
Nome / Razão Social RIVALDO ALVES DE FRANCA				
Pai Antônio Luiz de Franca				
Mãe Márcia José Alves de Franca				
Apelido, Nome Fantasia		Sexo M	Estado Civil 1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a)
Data de Nascimento 30/08/1972		Idade (anos) 45A	Escalação 1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo	
RG 446613		CPF 558	Órgão Expedidor Nacionalidade	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) Rua Manoel Costa Reis		Número		
Bairro Cidade de São		CEP 55.330.240	Município Recife	UF PE
Dados Profissionais/Emprego Transportador de Fornecedor Log		Profissão Motorista		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) Rodovia BR 101, 1		Número 1532		
Bairro Muro de Muro		CEP	Município Fubenta do Guarany	UF PE
Altura Aparente 1. Até 1,50m 2. 1,51-1,70m 3. 1,71-1,80m 4. Acima de 1,80m		Peso 1. Até 50 kg 2. 51-60 kg 3. 61-70 kg 4. Acima de 70 kg	Cor da Pele 1. Branca 2. Negra 3. Amarela	Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Tipo de Cabelo / Local / Formato (Descrever)		



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO N° 4421/2017

Unidade Operacional 2ºBPM	Circunscrição: 48ª ALIANÇA	Data Reg 14-12-17	Hora Reg 20:30	Nº da fl / Total de fls 02 / 02
Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?		
Local de Entrada?		Forma de Entrada?		
Alterações no Local?		Forma de Evasão?		
Crimes Sexuais?		Estelionato?		
Modus Operandi	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca/Modelo	Número de Série
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?
	Qual o motivo do registro do objeto?			
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca/Modelo	Número de Série
Objetos Envolvidos	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?
	Qual o motivo do registro do objeto?			
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca/Modelo	Número de Série
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?
Dados dos Veículos	Envolvido 01	Marca/Modelo	Cor	Ano
	Quantidade	Chassi	Placa	Renavam
	Qual o motivo do registro do objeto?			
	Envolvido 02	Marca/Modelo	Cor	Ano
Detalhes	Quantidade	Chassi	Placa	Renavam
	Qual o motivo do registro do objeto?			
	Envolvido	Marca/Modelo	Cor	Ano
	Quantidade	Chassi	Placa	Renavam
Qual o motivo do registro do veículo?				
QUANDO FAZIAMOS RONDAS NOS DISTRITOS DESTA CIDADE, AO RETORNAR NOS DEPARAMOS COM UM ACIDENTE DE TRANSITO NA RUA 062. O ENVOLVIDO 02 TENTOU ULTRAPASSAR E COLIDIU COM O VEICULO DO ENVOLVIDO 01. A ULTIMA FOI SOBRADA PARA O MR E SEU VEICULO BASTANTE DANIFICADO. O MEDICO DE PLANTAO DESTA CIDADE DISSSE QUE O MAXIMO NA CORPO RISCO DE MORTE.				
OPERTIVO: SGT SOTOMAIOR 307663-2 CO RIBEIRO 320335-7 SGT OLIVEIRA 304998-4				
Exames Periciais : S. Solicitado R. Realizado				
Tipo do exame		Envolvido	Tipo do exame	Envolvido
Conductor	Recebedor	Matrícula	Viatura	Unidade
Responsável pelo Preenchimento	Interessado(a)	Responsável pela Validação		
Matrícula N° 307663-2		Matrícula N° 272745-5		
Ass: Sotomaior	Ass:	Ass:		
Nome: RUIRIG SOTOMAIOR	Nome:	Nome: TRASANO		

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima

Wermeson Eleberson de Lima

CPF da Vítima

076.038.054-65

Data do Acidente

14.12.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

☐ O estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018

Goiânia 19 de março de 2018

Local e Data

Wermeson Eleberson de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAI1.001 V001/2017

