



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
59452 424	18/03/2020 14:58	<u>2704502_CONTESTACAO_01</u>	Parecer



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20^a 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 14:58:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814580674600000058465972>
Número do documento: 20031814580674600000058465972

Num. 59452424 - Pág. 1

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 REsp 1.347.278/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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 14:58:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814580674600000058465972>
Número do documento: 20031814580674600000058465972

Num. 59452424 - Pág. 2

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 mandado.

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 incontrovertido 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. 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.



Friza-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 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, 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 14:58:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814580674600000058465972>
Número do documento: 20031814580674600000058465972

Num. 59452424 - Pág. 6

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 GRAADAÇÃO

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

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 - 18/03/2020 14:58:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814580674600000058465972>
 Número do documento: 20031814580674600000058465972

Num. 59452424 - Pág. 8

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; **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 **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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 14:58:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814580674600000058465972>
Número do documento: 20031814580674600000058465972

Num. 59452424 - Pág. 9



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
59452 425	18/03/2020 14:58	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



SAMU
192

Aliança
Unidas por uma nova Aliança

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: 5916 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"/> PSQUIÁTRICO
<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 Cleberson de Souza DN: 16/08/87 Idade: 31 anos

Sexo: Masc. Fem. Profissão: _____ Fone: _____

End.: Engenho mulata - Usin. Barreiros

Solicitante: Mariae Fone: _____

End. Ocor.: PEB62 - Préd. Hotel Alfaia Bairro: _____

Referência: Préd. turno 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	
Caminhão	<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Outros	() ^{1º} () ^{2º} () ^{3º}	
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	Aproximadamente	<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Abuso sexual	
<input type="checkbox"/> Outros	metros	Tipo _____		

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica atual: _____

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018

Hipótese Diagnóstica Conhecida: _____

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

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





**SAMU
192**

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária	Sinais de Disf. Cerebral	Avaliação das Pupilas	NATUREZA DA LESÃO	
			<input type="checkbox"/> Déficit Motor	<input type="checkbox"/> Isocôricas
<input checked="" type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Desvio de Comissura Labial	<input type="checkbox"/> Anisocôricas	<input type="checkbox"/> Lesões Intra-torácicas	
<input checked="" type="checkbox"/> Resposta Verbal	<input type="checkbox"/> Dificuldade de Fala	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Presença/Sangue	
<input type="checkbox"/> Resp. estímulos Dolor		<input type="checkbox"/> Miose		
<input type="checkbox"/> Irresponsivo				
				Fratura - Ossos Longos
				<input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada

ESCALA DE GLASGOW

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

13

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

<input type="checkbox"/> Aspiração de Sangue e Secreção	Ventilação Mecânica	Outras Condutas:
<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	Modalidade: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de Coluna Cervical	FIO ² : _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Infusão de Fluidos	Adaptação Ventilação	Intercorrências: _____
<input type="checkbox"/> Reanimação Cardiopulmonar	<input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/> Mal	
<input type="checkbox"/> Imobilização de Membros		

O²: Catéter CPAP Venturi % Másc. cf Reservatório

USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

<input checked="" type="checkbox"/> Álcool	<input type="checkbox"/> Anfetamina	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Cola	<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Maconha	<input type="checkbox"/> _____
--	-------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Informante: <input type="checkbox"/> A própria Vítima	<input type="checkbox"/> Familiares	<input type="checkbox"/> Outros - Especificar _____		
<input type="checkbox"/> Alteração de Humor	<input type="checkbox"/> Agitado/Irritado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente	Referente a ingestão de bebida alcoólica há: _____
<input type="checkbox"/> Alteração na marcha	<input type="checkbox"/> Agressivo	<input checked="" type="checkbox"/> Hálito Alcoólico	<input type="checkbox"/> Sonolento	

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde o paciente foi encaminhado: UMA para o HR	<input type="checkbox"/> Maca Retida na Unidade Hospitalar
Registro do hospital: _____	<input type="checkbox"/> Orientação para o Ambulatório
Médico que Recebeu: _____	<input type="checkbox"/> Óbito Antes do Atendimento
	<input type="checkbox"/> Óbito durante o Atendimento
	<input type="checkbox"/> Prancha Retida
	<input type="checkbox"/> Removido Antes do Atendimento

Assinatura do Médico Responsável: _____

EQUIPE

Médico Regulador: _____	Médico Assistente: _____
Enfermeira: _____	Socorrista: Ariely Lins
Condutor/Piloto: Elizâncio	Op. de Frota/OEE: _____

Função do responsável pelo preenchimento: **Téc. Enfermagem** Ass.: _____

SOLICITOU APOIO DA UTI SIM NÃO

Dr. Jones
Ariely Lins
Téc. Enfermagem
COREN-PE 531.157

Observação: _____

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE





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

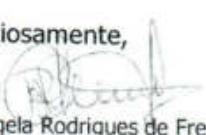
DECLARAÇÃO

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.

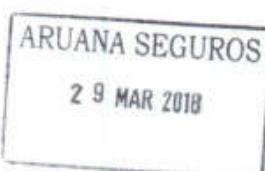
Declaro ainda que o mesmo por residir em área da empresa, não paga água nem energia elétrica.

Goiana, 18 de maio de 2017.

Atenciosamente,


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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 20/04/2002



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.933/0001-08 | Inscrição Est. 0005943-81 | www.cepe.com.br

MELÍCIO DA COSTA LEITE NETO

RUA DO DE SAVIÉS 178 B

CPF 216 938 674-49

CENTRO GOIANA
GOIANA PE
59600-000

B3 COMERCIAL, OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

2431353019 01/2018

RE BANDA FISCAL

DATA DE VENCIMENTO

ANSWER

TOTAL A PAGE

1000 FUENTE
100132157

331, 4

Consumo Ativo(kWh)	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Aproximado Bandeira VERMELHA	37 - MUITO ALTO	0,97781530	35,39
Contribuição Numeração Pública			12,71
Multa por atraso-NF 000323385 - 07/11/17			46,79
Juros por atraso-NF 000323385 - 07/11/17			5,43
Atualização IPM-NF 000323385 - 07/11/17			3,28
Doação APAE - 0800-722 3723			1,74
			10,00

TOTAL DA FATURA

We detecta falha no sistema em vigor é a Venda. Mais informações tem que serem dadas à loi. O cliente é condenado quando não votou na candidatura individual ou do seu representante de confiança. Pode, em entidade eleitoral (24 horas) ou 144088211. Ajuste é feito no dia 10/08/2012. A multa é aplicada monetariamente, não à pessoa, mas à ONG. O cliente é condenado quando não votou na candidatura de sua confiança. Em caso de suspeita de fraude eleitoral, o artigo anexo ao artigo 10 da lei eleitoral estabelece que os funcionários da entidade devem denunciar o crime e desobedecer ao voto. O processo é encaminhado para a justiça, que pode aplicar uma multa de 200 reais.

Não existem peões de 2016 e
ainda anteriores. Estas são as
sólidas, para compreensão do
comportamento das obrigações da
Contribuição, as quais são das
Reservatórias (art. 4º, II, da LRF).

GOIANA		RESERVA			
Elemento	VALORES (M)	LIMITES (M)	LIMITES (M)	TENSÃO (V)	LIMITES (M)
	APROVADO	MENSUAL	TRIMESTRAL	ANUAL	VARIACAO (%)
Límite (G)R	2,23	8,60	8,60	8,60	-100,00
Límite (G)T	2,23	2,23	2,23	2,23	-100,00

243-1853019 01/2018 22/01/2018 331.41
COMPAÑIA DE SEGUROS MEXICANO
383870000003-6 31410011002-8 43135301910-6 10743670613-3
JUAN PABLO GOMEZ



ARUANA SEGUROS
29 MAR 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 14:58:07
<https://pjje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814580689400000058465973>
Número do documento: 20031814580689400000058465973

Num. 59452425 - Pág. 4



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

²Conselho 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Yves Cordeiro de Araújo inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324-65,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wermison Ellevinson de Araújo inscrito (a) no CPF sob o N° 076.038.054-65,
Wermison Ellevinson de Araújo inscrito (a) no CPF sob o N° _____, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez,
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 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	Número	Complemento
Rua Duque de Caxias	170	0
Bairro	Estado	CEP
Centro	PE	55900-000
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
Antoniora.yves@gmail.com	(81)3011-3224	(81)9.9808-6287

Goiana 19 de março de 2018

Local e Data

Assinatura do declarante

ARUANA SEGUROS
29 MAR 2018

LIDERLOGO V001/2017



3102.70%

C: CARDIOVASCULAR: ACALIT PULSO: 92 BMP PA: 120 x 70 MMHG

D: EXAME NEUROLÓGICO:

97/15

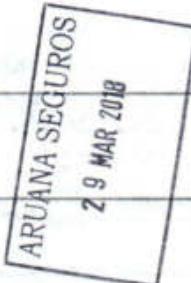
E: ABDÔMEN:

Flech indra - pélvis

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Tumor tumor?

EXAMES SOLICITADOS:



TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS:

1- SFO/77. 2000 - EV
L- Dypen 2g EV AL

DATA: 14/12/17

Dr. José Lacerda Neto

Médico

ASSINATURA CONSELHO N°

CREMEPE 25222

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

ALTA MELHORADO INTERNADO TRANSFERÊNCIA ÓBITO

TRANSFERIDO PARA: HU - Canudos - S3/970

MÉDICO

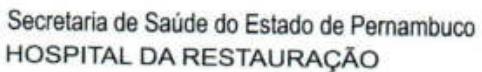
CRM

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.





FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 907 306

Name: Wermeson Cleberson de Souza

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

Diagnóstico Próvavel:

Diagnóstico Provável: Politrauma após acidente automobilístico.

TCE / traumre de face 1.
Trauma forceo afroumado

Tratamento Realizado:

Tomografias craneo / torax / abdomen.

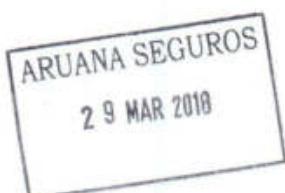
Suturis de face

Observação: Rebran para o C1 7-
10 dias

Cópia de:

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 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





ARUANA SEGUROS
29 MAR 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 14:58:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814580689400000058465973>
Número do documento: 20031814580689400000058465973

Num. 59452425 - Pág. 9



ARUANA SEGUROS
29 MAR 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 14:58:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814580689400000058465973>
Número do documento: 20031814580689400000058465973

Num. 59452425 - Pág. 10



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

013177915023

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - COD. RENAVAM - 2978876656 - PRAZO - EXERCÍCIO - 2017

LUIZ JOSE DA SILVA
RECIFE - PE
062.509.844-70 - PLACA - KUV7656
PLACAVITUE - 93YB2RURH9J100709
COMBOIO - PAS AUTOMÓVEL
MARCAS/MODELOS - RENAULT / SANDERO AUT1016V
CAR/POT/OL - SE/76CV/998CL CATEGORIA - PARTIC
COTA UNICA - IPVA 2017 QUITADO
FAZCA IPVA - PARCELAMENTO/COTA
PRÉMIO TARIÁRIO (R\$) - 0,00 - PRÉMIO TOTAL (R\$) - 0,00 - DATA DE PAGAMENTO -
SEGURADO PAGO
OBSERVAÇÕES -
RECIFE - PE - LOCAL - DATA - 24/05/17
CHARLES Andrews Souza Ribeiro
Assinatura
RECIFER - PRAZO - 01/06/2018
ARUANA SEGUROS

9 MAR 2018

013177915023 BILHETE DE SEGURO DPVAT
PRAZO - LUIZ JOSE DA SILVA
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
E CONFERIR OS DETALHES DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
FAC-DPVAT 5000 022 1204

RECIFE - PE - EXERCÍCIO - 2017 - DATA EMISSÃO - 24/05/17
VIA - COD. CNPJ - 062.509.844-70 - PLACA - KUV7656
RENAVAM - 2978876656 - MARCA / MODELO - RENAULT / SANDERO AUT1016
ANO FAB. - 2008 - ANO MOD. - 2008
COMBINANTE - PRATA
COTA UNICA - 1º VENDO/OUTRA - 2º VENDO/OUTRA
IPVA - FAZCA IPVA - PARCELAMENTO/COTA
PRÉMIO TARIÁRIO (R\$) - 0,00 - CUSTO DO SEGURO (R\$) -
CUSTO DO BILHETE (R\$) - 0,00 - TOTAL A SER PAGO (R\$) -
COTA UNICA - PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO - 01/06/2018
SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ: 09.348.900/0001-64
DESTAKE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ESTE BILHETE NÃO PODE SER COPIADO.





Segadora Lider • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Wermeson Cleberson da silva
 DATA DO ACIDENTE 14.12.17 CPF DA VITIMA 076.038.054 - 65
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Larissa Guilherme mangabeira de Carvalho
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTECOS COM A VITIMA È Wermeson Cleberson da silva
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Duque de Caxias
 Nº 170 COMPLEMENTO 0 BAIRRO Centro
 CIDADE Joáiana UF PE CEP 55900 - 000
 E-MAIL luisandra.joiana@gmail.com TELEFONE (81) 3011 - 3224

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 / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DBS: 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 / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS 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)
- DBS: REPRESENTANTE LEGAL È 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 È 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 FORMULARIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29/10/2018IDENTIDADE 8.377.118

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

ARUANA SEGUROS

DATA 29/10/2018NOME Aruana Seguros

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 %

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:



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 crânio 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 crânio 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:



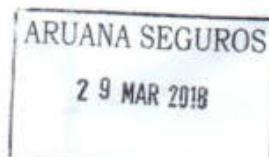
PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Wermeson eleibson de Lima
Identidade: 7732118 CPF: 076.038.054-65 Estado Civil: Solteiro
Profissão: Líder de Transporte End: Eng Terra Rica, 09,
Lima Santa Teresa, Goiânia-PE

Outorgado: Duá Guillherme Mangabeira de Carvalho
Identidade: 8.317.118 CPF: 083.562.324-65 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 eleibson de Lima
Identidade: 7732118 CPF: 076.038.054-65

Goiânia 16 de Janeiro de 2018
Wermeson eleibson de Lima



**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 - Orgão 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.

vítima 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? [X] Sim [] Não

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 14:58:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814580689400000058465973>
Número do documento: 20031814580689400000058465973

Num. 59452425 - Pág. 18



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

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

Nº Sinistro: **3180143765**
Vitima: **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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 14:58:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814580689400000058465973>
Número do documento: 20031814580689400000058465973

Num. 59452425 - Pág. 20



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: WERMESON CLEBERSON DE LIMA

Nº Sinistro: 3180143765
Vitima: 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.seguradolider.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

00050124

Carta nº 12683188



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/03/2020 14:58:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031814580689400000058465973>
Número do documento: 20031814580689400000058465973

Num. 59452425 - Pág. 21



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, Mae, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal")

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima

076.038.054-65

Nome completo da vítima

Wermeson Eleberson de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Endereço Cidade Email	CPF titular da conta Número Estado CEP Telefone (DDD)	Profissão Complemento
Wermeson Eleberson de Lima Eng. turva Rua Urua Santa Tereza anvversonia.goianna@gmail.com	076.038.054-65 09 PE 55900-000 (81) 9.9808-6287	recuseu

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRASÍCICO (337)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<input type="checkbox"/> CÂMADA ECONÔMICA FEDERAL (104)
AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	AGÊNCIA Nº	CONTA Nº
Informar dígito se existir	Informar dígito se existir	Informar dígito se existir	Informar dígito se existir

X CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	Brasil	001
AGÊNCIA Nº	0220	8
CONTA Nº	37649	3

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

Goiânia 19 de março de 2018
Wermeson Eleberson de Lima
Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

29 MAR 2018
J
ARUANA SEGUROS

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPF 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 CLEBISON LIMA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----05/12/2017-----		0,000
Saldo Anterior		
-----22/12/2017-----		
Recebimento de Proventos 193265		824,380
COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA		
Tarifa Pacote de Servicos 091715		2,710
Cobr parc tarf pend ref a 05/12/2017		
Saldo		821,670
-----28/12/2017-----		
Recebimento de Proventos 626728		1.267,760
COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA		
Saldo		2.189,430
-----29/12/2017-----		
Saque no TAA 999999		2.000,000
29/12 14:07 SAA-ABREU E LIMA		
Saldo		189,430
-----05/01/2018-----		
Tarifa Pacote de Servicos 129113		12,480
Tarifa referente a 05/01/2018		
Saldo		177,930
-----15/01/2018-----		
Recebimento de Proventos 138264		2.050,600
COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA		
Recebimento de Proventos 138538		826,770
COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA		
Saque no TAA 999999		2.000,000
15/01 18:16 SAA-IGARASSU		
Transferencia enviada 010925		500,000
15/01 1363 10925-8 CICERO JOSE DE		
Transferencia enviada 011197		300,000
15/01 2039 11197-X A BARBOSA ANDR		
Saldo		1.248,800
-----16/01/2018-----		
Saque no TAA 999999		1.248,800
16/01 12:00 SAA-PEDRAS DE FOGO		
S A L D O		8,460
Juros *		0,00
Data de Debito de Juros		01/02/2018
IOF *		0,00
Data de Debito de IOF		01/02/2018

O SEU CARTAO JA ESTA DISPONIVEL EM SUA AGENCIA.

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

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 048ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALIANÇA - DP48ºCIRC DINTER1/11ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0138001185

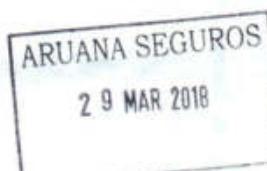
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/12/2017 às 13:49

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

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE ALIANCA, 01, PE62 - Bairro: CENTRO - ALIANCA/PERNAMBUCO/BRASIL -
Ponto de Referência: DEPOIS DA OFICINA DE CHICO DOIDO/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 LOCACOES 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: MasculinoMãe: 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: AMASIA(O/A) Escolaridade: 2º 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: MasculinoMãe: 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 - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

CICERO JOSE DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: MARIA JOSE DE LIMA Pai: JOSE FRANCISO DE LIMA Data de
Nascimento: 20/7/1966 Naturalidade: GAMELEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3043847/SDS/PE (RG) Estado Civil:
AMASIA(O/A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: ADMINISTRADOR(A) Telefones Celulares:
-81999736422

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE VICENCIAS, 0, ENGENHOMULATA - ZONA RURAL - CEP: 0 -Bairro: CENTRO -
VICENCIAS/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: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -
Endereço Comercial: TRAVESSA SANTA FLORA, 1407, LT05J 003 - 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: AUTOMÓVEL/RENAULT/SANDERO Objeto apreendido: Não
Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KJV7656 (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: 979887665 Chassi: 93YBSRDRHBJ100709
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: CAMINHAO/M.BENZ/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: FFN5106 (PERNAMBUCO/JABOATÃO DOS GUARARAPES) Renavam: 568432088 Chassi: 9BMB979023DS016841
Combustível: DIESEL
Descrição: M.BENZ/ACCELO 015

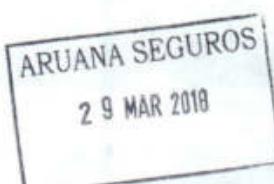
Complemento / Observação

ESTEVE HOJE NESTA DEPOL O SR. CICERO JOSE, PAI DA VÍTIMA DESSA COCRÈCIA, 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 ENVIADO QUE ERA CONDUTIZADO PELO SR. RIVALDO, E QUE O MESMO TERIA LHE DITO QUE FOI FAZER UMA ULTRAPASSAGEM E COLIDIU COM 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 N°4421/2017 O QUAL NOS FOI ENTREGUE A POSTERIORE PELOS POLICIAIS MILITARES. RELATOU TAMBÉM QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU AO 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 JOSÉ DE LIMA
(OUTRO)

B.O. registrado por: ANDRE JOSE TRAJANO DE MARCIMENTO - Matrícula: 272745-5



15/12/2017 13:33



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

9421/17

Série-A
1ª Parte

Unidade Operacional		Circunstância		Data do Registro	Hora do Registro	Nº da Peleira / Total de Fitas				
2-BM/13900		48°		14/12/17	20:30	011				
Descrição da Natura		ACIDENTE DE TRÂNSITO C/VITIMA N/FATIGA		Prazo de execução do CiODS						
Data (dd/mm/aaaa)		Hora (Brasileiro)	<input checked="" type="checkbox"/> Automa Conduzida <input type="checkbox"/> Automa Desconduzida	<input type="checkbox"/> Conduzida Tentado	<input type="checkbox"/> Colposo Doloroso	<input type="checkbox"/> Flagrante Ato Ilegal				
Circunstância da Pele		Local: Pista de trânsito								
48°		DE 62								
Legislatura (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)		Número								
CEP 62										
Complemento (Andar, Sala, Andar)		Bairro RURAL		CEP						
Município ALIANÇA		UF RJ		Ponto de Referência: Av. 3. Avenida de Chico Doido						
<input checked="" type="checkbox"/> VITIMA		<input type="checkbox"/> IMPUTADO		<input type="checkbox"/> SUSPEITO		<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	<input type="checkbox"/> OUTROS	TURISTA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Nome / Razão Social:		WERMESON CLEBERSON DE LIMA		Pai:						
Cicero José de Lima										
Mãe: Marinalva Góes de Lima										
Apelido, Nome Fantasia		Sexo	M	Estado Civil	1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a)	5. Amassado(a) 6. Separado(a)	7.240 Informada		
→ X —		<input type="checkbox"/> F								
Data de Nascimento: 16/08/1987 304		1. Adolescentes (16-19 anos)	2. Juvenil (20-29 anos)	3. Adulto (30-69 anos)	4. Idoso (70-79 anos)	5. Super Idoso (80+ Anos)	6. Gravidez	7. Amassado(a) 8. Separado(a) 9. Super Gravidez		
→ X —		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Legislatura (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)		Orgão Expedidor	UF	CPF	CNPJ	Outro-Qual?	Orgão Expedidor	Naturalidade		
Chácara de Jundiaí		7732118	RJ	555	A					
Bairro Rural		CEP	Município Vicência	UF RJ	Número			Complemento		
Dados Profissionais/Empresa				Profissão						
Legislação (Rua, Avenida, Rodovia, Etc.)										
Bairro		CEP	Município	UF	Número			Complemento		
Altura Apresente: 1. Até 1,5m 4. 1,51-1,7m 2. 1,51-1,7m 5. 1,71-1,80m 3. 1,71-1,8m 6. Acima de 1,80m		Peso	1. Até 20 kg 2. 21-40 kg 3. 41-60 kg	Cor da Pele	1. Parda 2. Branca	3. Negra 4. Amarela	Brigade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Cabelo - Cor - Corte (Descriver)		Barba (Descriver)			Tipo de Cabeleireiro / Local / Formato (Descriver)					
Tipo de Telefone: Celular / Fixo / Outro		Celular Fixo (Descriver)		Fixo (Descriver)						
<input type="checkbox"/> VITIMA		<input checked="" type="checkbox"/> IMPUTADO		<input type="checkbox"/> SUSPEITO		<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA		<input type="checkbox"/> OUTROS	TURISTA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Nome / Razão Social:		RIVALDO ALVES DE FRANCA		Pai:		ARUANA SEGUROS				
Antônio Luiz de Franca										
Mãe: Maria José Alves de Franca						29 MAR 2018				
Apelido/ Nome Fantasia		Sexo	M	Estado Civil	1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a)	5. Amassado(a) 6. Separado(a)	7.240 Informada		
→ X —		<input type="checkbox"/> F								
Data de Nascimento: 30/08/1972 45 A		1. Adolescentes (16-19 anos)	2. Juvenil (20-29 anos)	3. Adulto (30-69 anos)	4. Idoso (70-79 anos)	5. Super Idoso (80+ Anos)	6. Gravidez	7. Amassado(a) 8. Separado(a) 9. Super Gravidez		
→ X —		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Legislação (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)		Orgão Expedidor	UF	CPF	CNPJ	Outro-Qual?	Orgão Expedidor	Naturalidade		
Rua Manuel Costa Reis		4496613	RJ	555	A					
Bairro Encalde de Reis		CEP 55.330.240	Município Recife	UF RJ	Número			Complemento		
Dados Profissionais/Empresa				Profissão						
Endereço (Rua, Avenida, Rodovia, Etc.)		Transportadora Ferraz e Lugo		Motorista						
Bairro Mandaíba		CEP	Município Cabo de Santo Agostinho	UF PE	Número			Complemento		
Altura Apresente: 1. Até 1,5m 4. 1,51-1,7m 2. 1,51-1,7m 5. 1,71-1,80m 3. 1,71-1,8m 6. Acima de 1,80m		Peso	1. Até 20 kg 2. 21-40 kg 3. 41-60 kg	Cor da Pele	1. Parda 2. Branca	3. Negra 4. Amarela	Brigade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Cabelo - Cor - Corte (Descriver)		Barba (Descriver)			Tipo de Cabeleireiro / Local / Formato (Descriver)					



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº

4423/2057

Unidade Operacional 2ºBPM	Circunscrição: 48º ALIANÇA	Data Reg 14.12.17	Hora Reg N° da fl / Total de fls 20:30 02/02			
Modus Operandi	Forma de Aproximação? Local de Entrada? Alterações no Local? Crimes Sexuais?	Forma de Ação da Abordagem? Forma de Entrada? Forma de Evasão? Estelionato?				
Nº	Envolvido Quantidade	Tipo de Objeto Valor	Marca/Modelo Moeda	Número de Série		
	Qual o motivo do registro do objeto?			Objeto Apreendido?		
Nº	Envolvido Quantidade	Tipo de Objeto Valor	Marca/Modelo Moeda	Número de Série		
	Qual o motivo do registro do objeto?			Objeto Apreendido?		
Nº	Envolvido Quantidade	Tipo de Objeto Chassi	Marca/Modelo Cor Placa	Renavam Ano		
	Qual o motivo do registro do objeto?	ACIDENTE DE TRÂNSITO	FJU 4656	Veículo Apreendido? NÃO		
Nº	Envolvido Quantidade	Marca/Modelo Chassi	Renavam Cor Placa	Ano		
	Qual o motivo do registro do objeto?	ACIDENTE DE TRÂNSITO	FFAN 5106	Veículo Apreendido? NÃO		
Nº	Envolvido Quantidade	Marca/Modelo Chassi	Renavam Cor Placa	Ano		
	Qual o motivo do registro do veículo?			Veículo Apreendido?		
Dados dos Veículos	<p>QUANDO FAZÍAMOS RUNDAS NOS DISTRITOS DESTA CIDADE AO RETORNAR NOS DEPARAMOS COM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NA PE 062 O ENVOLVIDO 02 TENTOU ULTRAPASSAR E COLIDIU COM O VEÍCULO DO ENVOLVIDO 01, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O MR E SEU VEÍCULO BASTANTE DANIFICADO. O MEDICO DE PLANTÃO DOUTA CIMA DISSE QUE O MÁXIMO NÃO CORRE RISCO DE MORRER.</p> <p>EFEITIVO: SGT SOTERSON 102603-2 CB Ribeiro 920115-7 GIR Gilmar 109998-9</p> <p>Exames Periciais: S. Solicitado R. Realizado</p>					
Delegado Comandante	Tipo do exame Condutor	Envolvido	Tipo do exame Rebedor	Envolvido	Tipo do exame Matrícula	Envolvido
Responsáveis	Responsável pelo Preenchimento Matrícula Nº 10469-2 Ass: Sotero	Interessado(a)			Viatura 11321	Unidade 2ºBPM/3ºCPM
		Ass:			Ass: Yves	Responsável pela Validação Matrícula Nº 272745-5 Nome: YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
		Nome: Ricardo Sotero			Nome: Trasano	

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Wermerson elebrson 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

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica as custas da Seguradora Lider 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.

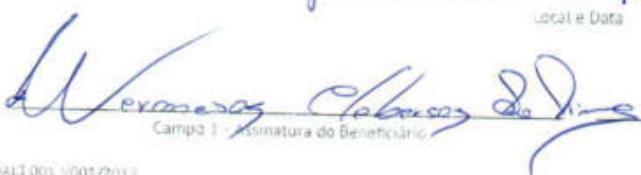
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018

Goiânia 19 de março de 2018

Lugar e Data


Wermerson elebrson de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DATI.001 V001/2017

