Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

23/03/2020

Número: **0084113-83.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 10ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **04/12/2019**
Valor da causa: **R$ 12.825,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDSON NASCIMENTO DA SILVA (AUTOR)	**Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)**
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59647661	23/03/2020 13:16	2705777_CONTESTACAO_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00841138320198172001

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."

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A, empresa seguradora com sede à Rua Sampaio Viana, 44 - Paraíso - São Paulo - SP - CEP: 04004-001, inscrita no CNPJ sob o número 33.164.021/0001-00 **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 **EDSON NASCIMENTO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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 **27/01/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 11/11/2019.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora apresenta boletim de ocorrência elaborado somente após 02 anos e 10 meses, sendo realizado com a comunicação unilateral da própria parte autora, sem a presença de testemunhas e que acosta aos autos documentos médicos inconclusivos, incapazes de comprovar a alegada invalidez.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015[2].

DA INÉPCIA DA INICIAL

DOCUMENTOS ILEGIVEIS

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que verifica se a existência de documentos ilegíveis.

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

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

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Tratamento / Procedimentos:

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirurgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:
☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social
Confirmação do Nome:
Confirmação do Endereço:
Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐
Observações:
Assist. Social
Assist. Social

Autorização para Alta / internamento / Transferência
Médico: CRM/CRO: Data: Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento :
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirú rgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.
Data: _____ Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.
Data: _____ Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 27/01/2017 20:16 h EDILENERS | Impressão: 27/01/2017 20:16 h EDILENERS

_____
Médico

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto que o autor juntou aos autos documentos exigíveis totalmente ilegíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA INCOMPLETO

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Primeiramente, analisando o referido documento, o mesmo encontra-se incompleto, não havendo como se comprovar a dinâmica dos fatos e nem mesmo a autoria do referido documento, já que não se observa nem identificação do noticiante, nem da autoridade policial, pondo em dúvida a origem a autenticidade do B.O.:

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0116003366**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/11/2019** às **11:22**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **27/1/2017** às **20:16**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RUI BARBOSA, 1** - Bairro: **GRACAS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EDSON NASCIMENTO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDSON NASCIMENTO DA SILVA

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

EDSON NASCIMENTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EUNICE NASCIMENTO DA SILVA** Pai: **CICERO FELIX DA SILVAC** Data de Nascimento: **14/1/1984** Naturalidade: **CATENDE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6937073/SDS/PE (RG)**, **05701977404 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AUXILIAR DE COZINHA**
Endereço Residencial: **RUA BARRA LONGA, 112 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEICAO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTONXU0564 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDSON NASCIMENTO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDSON NASCIMENTO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/MAGNA** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXU0564** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

ALEGA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA RUI BARBOSA SENTIDO RECIFE , QUANDO FOI COOLIDIDO POR UM CARRO DESCONHECIDO QUE PATEU EM SUA MOTO, CAUSADOLHES :FRATURA DO 1 METATARSO DE PE ESQUERDO,ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO SERUGICO.

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

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 11/11/2019 após 02 ANOS E 10 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 27/01/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC[3].

[3]"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE**. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado**

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

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

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

---

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)

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **27/01/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais).**

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

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ[5].

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

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

---

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

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

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

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

> Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e
>
> Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R$ 675,00 (SEISCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios[6], ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[7].

---

[6] *"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA.* ***INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO****. Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2.* ***A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor****."(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).*

[7] "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[8]

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- 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 covênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

---

[8] ***art. 1º . (...)***

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

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. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO**, **OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 13 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

• 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 esfincteriano; (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					
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	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 **TOKIO MARINE 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 **EDSON NASCIMENTO DA SILVA**, em curso perante **a 10ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00841138320198172001.

Rio de Janeiro, 13 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

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

23/03/2020

Número: **0084113-83.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 10ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **04/12/2019**
Valor da causa: **R$ 12.825,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDSON NASCIMENTO DA SILVA (AUTOR)	**Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)**
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59647662	23/03/2020 13:16	ANEXO 1	Outros (Documento)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Joana D'arc Miranda de Farias

RG nº 6298193 data de expedição 01/02/2001 Órgão SDS/PE

CPF nº 014.309.584-58, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Paulo José dos Santos
Número	67
Apto / Complemento	
Bairro	Jardim Guarani
Cidade	Timbaúba
Estado	Pernambuco
CEP	55870-000
Telefone de Contato	(81) 9-9543-3413 / (81) 9-9216-2319
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timbaúba, 15 de Agosto de 2016

Assinatura do Declarante: Joana D'arc Miranda de Farias

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife/PE

Hipercard

CICERONE PE PL4 FC 47

JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS
R PAULO JOSE DOS SANTOS 67
P X ESCOLA CLOVES SALGADO
JARDIM GUARANI
55870-000 TIMBAUBA PE

Postagem: 11/05/2016
Vencimento: 20/05/2016
Emissão: 09/05/2016
Fechamento próxima fatura: 12/06/2016

Resumo da fatura em R$

Total da fatura anterior	791,91
(-) Pagamentos efetuados	-791,91
(=) Saldo financiado	0,00
(+) Lançamentos atuais	686,70
(=) Total desta fatura	686,70

Titular **JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.0766**

Fique esperto: a fatura impressa chega em 2 dias. Veja Joana a Fatura Digital: Ligue 3003-3030 Grande Rio

vencimento	pagamento total R$	pagto. mínimo R$	parcelamento R$ sem seguro 18 X	parcelamento R$ com seguro 18 X
20/05/2016	686,70	196,74	76,08	86,75

Veja folha explicativa

Limites de crédito R$

Limite total de crédito	1.700,00
Limite utilizado no mês	686,70
Limite de crédito parcelado	2.550,00
Reserva de recursos Pan(seguro)	80,00

Pagamentos efetuados

DATA		VALOR EM R$
20/04	PAGAMENTO FICHA COMPENS	-700,00
20/04	PAGAMENTO FICHA COMPENS	-81,91
	Total dos pagamentos	-781,91

Facilite sua vida

Deixe de acumular papel. Mude pel Cadastre-se na Fatura Digital pelo 3003-3030 e receba avisos via e-mail e SMS.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE

Lançamentos: compras e saques

JOANA D M FARIAS (final 7928)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R$
25/05	COML DE CONST 2001 TOVIR CARPINA	55,12
	Lançamentos no cartão (final 7928)	55,12

JOANA D M FARIAS (final 0766)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R$
25/11	O BOTICARIO 08/06 TIMBAUBA	23,74
27/01	COMPRA PAGSEGURO 04/04 SAO PAULO	40,00

(continua...)

Compra presencial
cartão de crédito com chip e senha pessoal intransferível.

Itaú

Banco Itaú S.A. 341-7
34191.75363 58479.792045 00173.090002 1 000
00136584792/01 16922
JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS - 014.307.584-93
Recibo do pagador
Vencimento 19/08/2016
Valor do documento 686,70
(=) Valor cobrado
Autenticação Mecânica

DOCUMENTO 4 "T4%"

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAÚBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR JOÃO COUTINHO

Hospital do Tricentenário

Nome: JOANA DARK MIRANDA DE FARIAS
Dt./Nasc.: 11/10/84 31 ano (s)
Mãe:
Endereço: RUA PATATIVA, nº , CENTRO, TIMBAUBA - PE
Data/hora: 10/04/2016 18:52

Nº registro: 109931
Sexo: Feminino
Fone:
Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:
PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DO PE ESQUERDO

EXAME FÍSICO:
Peso: Altura: IMC: Temperatura: °
PA: 100 x 80 mmHg HGT: mg/dL

CONDUTA:

Exames Complementares/Resultados:
RAIO X

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:
S927 - FRATURAS MÚLTIPLAS DO PÉ

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:
Transferência encaminhado para:
Motivo:
Senha:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE

Dr. PERICLES CARNEIRO VILHENA FILHO
CRM: 21552

USEBENS SINISTRO
09 SET 2016

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 505065 Prontuário: 995972
Nome: JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS
Data Nasc.: 11/10/1984 Idade: 31 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 704601647106127
Endereço: RUA PATATIVA Nº: 0
Bairro: CENTRO Cidade: TIMBAUBA Estado: PE
CEP: 55870000 Fone: 5531993340708 Celular:
Acompanhante: Profissão:
Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO BORGES DA SILVA
Nome do Conjuge:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO Data: 10/04/2016 20:46 Médico: MEDICO PLANTONISTA
Queixa Principal/HDA:
[illegible]

Exame Físico: PA: FC: FR:
Resumo dente da Prontuário
[illegible]

Diag. Provisório:
PX OK POSTO DOS 5 [illegible]
Internado

Dr. Evandro Galindo
Médico
CRM [illegible]

Prescrição: Dieta:
Data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife - PE

IRACI
30/04/16

USEBENS
SINISTRO
09 SET. 2016

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

10/04/2016 21:47

Nome Paciente: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS
Cód. Paciente: 995972
Data de Nascimento: 11/10/1984
Sexo: Feminino
Idade: 31
Senha: EA0080
Convênio: SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 505065

10/04/2016 21:47 - MARIA ALICE CORREIA SALVINO COREN: 52061 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE
Cor: AMARELO
Queixa Principal: PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, SEGUNDO MÉDICO DA UPA COM FRATURA EXPOSTA NO PÉ ESQ.
Observação:
Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador(es): FRATURA EXPOSTA?
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Alergia(s):
Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: MARIA ALICE CORREIA SALVINO
Data: 10/04/2016 21:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A

USEBENS SINISTRO
09 SET. 2016

ASL-103218/16 798973236 09/09/2016 13:42:56

SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS
INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Segurado _____

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 60 (sessenta) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico _____ CID. S92

d) Tratamento _____

Deverá retornar ao Ambulatório de: _____

Com _____ dias (marcação preferencial na fila, no dia anterior)

HOSPITAL/AMBULATÓRIO _____ LOCALIDADE/DATA _____

Ass. do Médico – CRM N.º _____

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 360.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

130-BGOF

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE

USEBENS SINISTRO
09 SET 2016

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNC_

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAÚBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR JOÃO COUTINHO

Nome: JOANA DARK MIRANDA DE FARIAS
Dt. Nasc.: 11/10/84 31 ano (s)
Mãe:
Endereço: RUA PATATIVA, nº , CENTRO. TIMBAUBA - PE
Data/hora: 10/04/2016 18:34

Nº registro: 109931
Sexo: Feminino
Fone:
Nº pág.: 1/1

FICHA DE ATENDIMENTO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:
- APRESENTA CORTE CONTUSO PE ESQ APOS ACIDENTE DE MOTO HA 20 MIN (SIC)

EXAME FISICO:
Peso: ____ Altura: ____ IMC: ____ Temperatura: ____°
PA: 100____ x 80____ mmHg HGT: ____mg/dl

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Resultados de Exames:

Conduta / Evolução do paciente:

Dr. PERICLES CARNEIRO VILHENA FILHO
CRM: 21552

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE

USEBENS SINISTRO
09 SET 2016

ASL-103218416 79697323 09/09/2016 13:42:20

Impresso

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAÚBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR JOÃO COUTINHO

Hospital do Tricentenário

Nome: JOANA DARK MIRANDA DE FARIAS — **Nº registro:** 109931
Dt. Nasc.: 11/10/84 - 31 ano (s) — Sexo: Feminino
Mãe: — Fone:
Endereço: RUA PATATIVA, nº , CENTRO, TIMBAUBA - PE
Data/hora: 10/04/2016 18:52 — Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:
PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DO PE ESQUERDO.

EXAME FÍSICO:
Peso: — Altura: — IMC: () — Temperatura: °
PA: 100 x 80 mmHg — HGT: mg/dL

CONDUTA:

Exames Complementares/Resultados:
RAIO X

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:
5927 - FRATURAS MÚLTIPLAS DO PÉ

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:
Transferência encaminhado para:
Motivo:
Senha:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Porto Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 713 - Loja 5
Graças - Recife/PE

DR. PERICLES CARNEIRO VILHENA FILHO
CRM: 21552

ASL-103218416 760972303 14/03/2016 09:16:03

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 505065 — Prontuário: 995972

Nome: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS
Data Nasc.: 11/10/1984 Idade: 31 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 704601567106127
Endereço: RUA PATATIVA Nº: 0
Bairro: CENTRO Cidade: TIMBAUBA Estado: PE
CEP: 55870000 Fone: 5581983840208 Celular:
Acompanhante: Profissão:
Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO BORGES DA SILVA
Nome do Conjuge:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 10/04/2016 20:40 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: [illegible]

Exame Físico: PA: FC: FR:
Regular estado de [illegible]

Diag. Provisório:
FX [illegible] 5 [illegible]
Internar

Dr. Evandro Galindo
Médico
CRM-PE

Prescrição: Dieta:

Data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE

TRACT
20/04/2016

Pág 2

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

10/04/2016 21:47

Nome Paciente: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS
Cód. Paciente: 995972
Data de Nascimento: 11/10/1984
Sexo: Feminino
Idade: 31
Senha: EA0080
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 505065

10/04/2016 21:47 - MARIA ALICE CORREIA SALVINO - COREN: 52061 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO. SEGUNDO MÉDICO DA UPA COM FRATURA EXPOSTA NO PÉ ESQ.

Observação: -

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(ês): FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 7

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Porto Seguradora S/A

Acolhido(a) por: MARIA ALICE CORREIA SALVINO
Data: 10/04/2016 21:47

SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Josiane Dare Miranda de Farias

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 60 (sessenta) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico Fratura [illegible]
F 592

d) Tratamento
[illegible]

Deverá retornar ao Ambulatório de _____

Com ___ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

Recife, 10/9/16

HOSPITAL/AMBULATÓRIO LOCALIDADE/DATA

Maurício Sérgio C. de Vasconcelos
Cirurgião Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 10452

Ass. do Médico – CRM N.º

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

130-BG07

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE

Laudo antepolítico

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Joana D'Arc M. de França Registro:

Clínica: Procedência:

Atesto que a paciente supra acidente de trabalho no dia 10/4/16. Tem fratura exposta e operada na infância. Ficou afastada do trabalho, em recuperação, por 4 meses na mesma encontra-se de alta. Apresenta como sequela, cicatriz no braço c/ encurtamento de dedos e rigidez de flexão dos dedos.

CID: S92

Data: 16/2/17

Médico-CRM

Dr. SANDRELLI ALVES MELO
Mat. PM-0014
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 11.057

075-HOF

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONFERIDO NÃO VERIF. CARD
14 MAR 2017
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa 715 Andar
Graças - Recife-PE - CEP 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO 06 R 38
SECRETARIA DE SEGURANÇA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

Joana D'arc Miranda de Farias
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

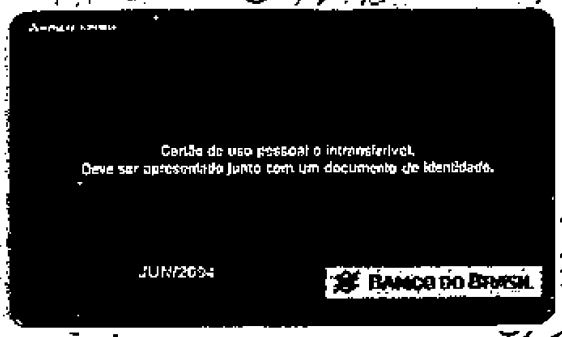
ASL-1032184/16
79697323 6
09/09/2016 13:43:47

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 AGO 2016
Gente Seguradora S/A

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6798193
DATA DE EXPEDIÇÃO 01.02.2001
NOME JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS
FILIAÇÃO João Miranda de Farias
Maria da Conceição Borges da Silva
NATURALIDADE Timbaúba-PE
DATA DE NASCIMENTO 11.10.1984
DOC ORIGEM C.N.43594 L.A-38 Fls.83v Cartório 1º Distrito de Timbaúba-PE
CPF
ASSINATURA DO PORTADOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

USEBENS
SINISTRO
09 SET. 2016



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 7192 Loja 5
Graças - Recife / PE

USEBENS
SINISTRO
09 SET. 2016

DOCUMENTO 5 "T5%"

ASL-103218416
79897323
09/09/2016 13:44:21

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA FAZENDA

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

JOAN JONATAN MIRANDA DOS SANTOS
PAULO JOSÉ DO NASCIMENTO
CASA 7 JARDIM CURAÇAO
TIMBAUBA PE
014.007.564-55
FLAVIA MERETIA DE LIMA
9C2JC4820CR047333
PASS/MOTOMETA
HONDA/BIZ125 ES
PARTIC
TIMBAUBA PE

USEBENS
SINISTRO
09 SET. 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

00 R.38

Joana D'Arc Miranda de Farias

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

1 2 4-0 2016

Gente Seguradora S/A

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6788193

DATA DE EXPEDIÇÃO 01.02.2001

NOME

JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS

FILIAÇÃO

João Miranda de Farias

Maria da Conceição Borges de Lima

NATURALIDADE

Timbaúba-PE

DATA DE NASCIMENTO 11.10.1964

DOC ORIGEM C.N.43594 L.A-38 Fls.006 Cartório 1º Ofício de Timbaúba-PE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ASL-103218416 75597230 3 14/09/2016 09:16:54

DOCUMENTO 6 "T6%"

USEBENS SINISTRO
09 SET. 2016
ASL

GENTE SEGURADORA S/A
CNPJ n.º 90.180.605/0001-02
Matriz: Rua Mal. Floriano Peixoto, 450 - Porto Alegre - RS - CEP 90020-060
FONE/FAX: (51) 3027-8868 - OUVIDORIA 0800 607 0338
www.genteseguradora.com.br

Gente Seguradora

AVISO DE SINISTRO DPVAT

TIPO DE PROCESSO: ☒ PROCESSO NOVO ☐ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Nº DO SINISTRO:

COBERTURA RECLAMADA: ☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DESPESAS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA

1. DADOS DO RECLAMANTE

QUALIFICAÇÃO DO RECLAMANTE:

☒ VÍTIMA ☐ BENEFICIÁRIO ☒ PROCURADOR ☐ REPRESENTANTE LEGAL

NOME DO RECLAMANTE: Joana D'Arc Miranda de Farias

CPF: 014.307.584-57 ENDEREÇO: Rua Paulo José dos Santos Nº: 62

COMPL.: — CEP: 55840-000 BAIRRO: Jardim Guararapi

CIDADE: Timbaúba ESTADO/UF: Pernambuco

TELEFONE DE CONTATO: (81) 9-9543-3413 / (81) 9216-2319 e-mail:

2. DADOS DA OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA: 27 / 04 / 2016 Nº DO BOLETIM: 16E0136000302

DELEGACIA: de Polícia de Timbaúba ESTADO/UF: Pernambuco

DATA DO SINISTRO: 27 / 04 / 2016

SITUAÇÃO DA VÍTIMA: ☒ TRANSPORTADO ☐ NÃO TRANSPORTADO ☐ MOTORISTA

VEÍCULO IDENTIFICADO? ☐ SIM ☐ NÃO PLACA: TIPO DE VEÍCULO:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE

3. DADOS PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

TIPO DE CONTA: ☐ CONTA CORRENTE ☒ CONTA POUPANÇA BANCO: Caixa

Nº DA AGÊNCIA: 0877 Nº DA CONTA: 00014947-9

4. DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME COMPLETO: Joana D'Arc Miranda de Farias

CIC/CPF: 014.307.584-57 ENDEREÇO: Rua Paulo José dos Santos Nº: 62

COMPL.: — CEP: 55840-000 BAIRRO: Jardim Guararapi

CIDADE: Timbaúba ESTADO/UF: Pernambuco

TELEFONE DE CONTATO: (81) 9-9543-3413 / (81) 9216-2319 e-mail:

O RECLAMANTE declara estar ciente de que outros documentos poderão ser solicitados, se necessários à elucidação do sinistro.

Timbaúba, 15 de Agosto de 2016
LOCAL E DATA

Joana D'Arc Miranda de Farias
ASSINATURA DO RECLAMANTE

NOSSOS ENDEREÇOS:
GENTE SEGURADORA - PORTO ALEGRE
GENTE SEGURADORA - SÃO PAULO
GENTE SEGURADORA - FLORIANÓPOLIS
GENTE SEGURADORA - RIO DE JANEIRO
GENTE SEGURADORA - CURITIBA
GENTE SEGURADORA - BELO HORIZONTE

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS — INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Joana d'Arc Miranda de Farias

DATA DO ACIDENTE 10/04/2016 CPF DA VÍTIMA 014 307 584 - 57

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Paulo José dos Santos

Nº 67 COMPLEMENTO BAIRRO Jardim Guarani

CIDADE Timbaúba UF PE CEP 95 870 - 000

E-MAIL TELEFONE (___)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 VÍTIMA 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 09/09/16

IDENTIDADE 6798193

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

DOCUMENTO 1 *T1%*

Enc: RES: Interações com o Megadata - ASL-1032184/16 - JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS
Rafaela Toniolo Rosa para: Anaisa Furlanetto Gaspar 30/09/2016 12:32
Cc: Sylvio Soares Filho, dpvat.pe

Histórico: Esta mensagem foi respondida.

USEBENS SINISTRO
30 SET. 2016

Boa tarde,

Prezados,

Desculpe-nos pelo transtorno.

Anaisa,

por gentileza cancelar o processo conforme solicitado pela Lider.

Responder à todos, assim que efetuar o cancelamento do mesmo.

Rafaela Rosa
DPVAT | Usebens Seguros S.A.
Rua Floriano Peixoto, 2.871 | sala 10 | São José do Rio Preto - SP
Fone: (17) 4009-3166 | DDR: (17) 4009-3157
rtrosa@usebens.com.br
---- Repassado por Rafaela Toniolo Rosa/Rodobens em 30/09/2016 12:29 ----

De: Gilbert Henrique do Amaral/Rodobens
Para: Rafaela Toniolo Rosa/Rodobens
Data: 30/09/2016 12:14
Assunto: Enc: RES: Interações com o Megadata - ASL-1032184/16 - JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS

Bom dia!

Psc,

Att,
Gilbert Henrique Amaral
Coordenador Sinistro I Usebens Seguros S/A
Rua Floriano Peixoto, 2.871 / Sala 02 / São Jose do Rio Preto-SP
Fone:Fone: (17) 4009-3161 / 0800727-8525
ghamaral@usebens.com.br

---- Repassado por Gilbert Henrique do Amaral/Rodobens em 30/09/2016 12:13 ----

De: Sylvio Soares Filho <sylvio.filho@seguradoralider.com.br>
Para: "angela.vicente@centauro-on.com.br" <angela.vicente@centauro-on.com.br>, "'esther.thompson@centauro-on.com.br'" <esther.thompson@centauro-on.com.br>,
Cc: "'dpvat.pe@genteseguradora.com.br'" <dpvat.pe@genteseguradora.com.br>, "'ghamaral@usebens.com.br'" <'ghamaral@usebens.com.br'>, "'dpvat@usebensseguros.com.br'" <dpvat@usebensseguros.com.br>
Data: 30/09/2016 12:06
Assunto: RES: Interações com o Megadata - ASL-1032184/16 - JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS

Preada Angela.

Solicitamos em caráter excepcional de urgência o cancelamento do sinistro, uma vez que a responsabilidade pelo cadastramento do ASL é da congênere GENTE SEGURADORA.

A solicitação se faz necessária uma vez que o sinistro foi cadastrado equivocadamente pela USEBENS.

Atenciosamente,

Sylvio Filho

Departamento de Sinistros

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rua Senador Dantas, 74 – 15º andar
CEP: 20031-205 – Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 7374
Fax: 55 21 2544-0059
E-mail : sylvio.filho@seguradoralider.com.br
Sites : www.seguradoralider.com.br

USEBENS
SINISTRO
30 SET. 2016

De: dpvat.pe@genteseguradora.com.br [mailto:dpvat.pe@genteseguradora.com.br]
Enviada em: sexta-feira, 30 de setembro de 2016 11:35
Para: Sylvio Soares Filho
Assunto: Re: Interações com o Megadata - ASL-1032184/16 - JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS

Prezado, bom dia!

O processo em referencia foi recebido aqui pela Gente Seguradora houve o erro como consta nos e-mails abaixo e ao invés de ser recadastrado por nós como solicitado a USEBENS recadastrou se tornando assim a Seguradora Receptora, erroneamente, o parceiro esta questionado, como devemos proceder?

Atenciosamente,

Gabriella de Abreu Machado

Área de Sinistro DPVAT

Telefone: +55 61 3049-0788

De: "Sylvio Soares Filho" <sylvio.filho@seguradoralider.com.br>
Para: 'ghamaral@usebens.com.br'
Cc: "dpvat pe" <dpvat.pe@genteseguradora.com.br>
Enviadas: Sexta-feira, 9 de setembro de 2016 11:30:26
Assunto: ENC: Interações com o Megadata - ASL-1032184/16 - JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS

Prezados.

Informamos que já realizamos os acertos devidos quanto à crítica sistêmica do CPF. Desta forma, solicitamos prosseguir com o cadastramento do sinistro, ficando sob responsabilidade dessa seguradora a análise global do evento.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
SF

USEBENS
SINISTRO
30 SET. 2016

De: Sylvio Soares Filho
Enviada em: sexta-feira, 2 de setembro de 2016 09:47
Para: 'ghamaral@usebens.com.br'
Cc: dpvat.pe@genteseguradora.com.br
Assunto: Interações com o Megadata - ASL-1032184/16 - JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS

Prezados.

Informamos que excepcionalmente o ASL foi cancelado por conta da intermitência sistêmica, que gerou erro na interação entre os sistemas Megadata e SIS DPVAT - Sinistros. Código gerado pelo sistema – 030. (Nome Da Vítima Com Preenchimento Incorreto).

Esclarecemos que, quando da captura do nome do sinistrado foi atribuído um caractere, o qual não é compatível ao conteúdo do respetivo campo.

Estamos comunicando à área responsável pela atualização sistêmica, para que possam realizar a correção devida.

Assim que solucionado manteremos contato para realização de novo cadastramento.

Atenciosamente,

Sylvio Filho

Departamento de Sinistros

Seguradora LIDER

Rua Senador Dantas, 74 – 15º andar
CEP: 20031-205 – Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 7374
Fax: 55 21 2544-0059
E-mail : sylvio.filho@seguradoralider.com.br
Sites : www.seguradoralider.com.br

USEBENS
SINISTRO
30 SET. 2016

-->

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 OUT 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 115 - Loja 5
Graças - Recife / PE

01223759361

56011692546

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1 | 394227253 | **********

NOME/RAZÃO SOCIAL
JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS
RUA PAULO JOSE DOS SANTOS 67
CASA - JARDIM GUARANI CENTRO
TIMBAUBA-PE 55870-000

CPF/CNPJ: 614.307.584-57
RENAVAM: 00110517

NOME ANTERIOR
FLAVIA PEREIRA DE LIMA

CHASSI: 9C2JC4820CR007953
CONTROLE: **********

COMBUSTÍVEL: ALCO/GASO
ESPÉCIE/TIPO: PAS /MOTONETA
ANO FAB: 2011 | ANO MOD: 2012
MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES
CAP/POTOR: 2P/124CL
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: PRATA
20155042

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL: TIMBAUBA-PE
DATA: 30/12/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro
DETRAN/PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

JOANA D'ARC MIRANDA DA FASTAS
RUA PAULO [illegible] DOS SANTOS/S
CASA [illegible] JARDIM GUARANI CENTRO
TIMBAUBA-PE/S

014.207.584-57

FLAVIA PEREIRA DE LIMA

9C2JC4820CR007053

PAS MOTONETA

HONDA/BIZ 125 ES

PRATA

PARTIC

SEM RESERVA

TIMBAUBA-PE

30/12/15

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 SET 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 SET 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE

GENTE SEGURADORA S/A
CNPJ n.º 90.180.605/0001-02
Matriz: Rua Mal. Floriano Peixoto, 450 - Porto Alegre - RS - CEP 90020-060
FONE/FAX: (51) 3027-8888 - OUVIDORIA 0800 607 0888
www.genteseguradora.com.br

Gente Seguradora

AVISO DE SINISTRO DPVAT

TIPO DE PROCESSO: ☒ PROCESSO NOVO ☐ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Nº DO SINISTRO:

COBERTURA RECLAMADA: ☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DESPESAS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA

1. DADOS DO RECLAMANTE

QUALIFICAÇÃO DO RECLAMANTE:

☒ VÍTIMA ☐ BENEFICIÁRIO ☐ PROCURADOR ☐ REPRESENTANTE LEGAL

NOME DO RECLAMANTE: Joana D'arc Miranda de Farias

CPF: 014.307.584-57 ENDEREÇO: Rua Paulo José dos Santos Nº: 67

COMPL.: – CEP: 55830.000 BAIRRO: Jardim Guarani

CIDADE: Timbaúba ESTADO/UF: Pernambuco

TELEFONE DE CONTATO: (81) 9 9543-3413/(81) 9216-2319 e-mail:

2. DADOS DA OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA: 22 / 04/2016 Nº DO BOLETIM: 16.F.018.6000302

DELEGACIA: de Polícia de Timbaúba ESTADO/UF: Pernambuco

DATA DO SINISTRO: 22 / 04 / 2016

SITUAÇÃO DA VÍTIMA: ☒ TRANSPORTADO ☐ NÃO TRANSPORTADO ☐ MOTORISTA

VEÍCULO IDENTIFICADO? ☐ SIM ☐ NÃO PLACA: TIPO DE VEÍCULO:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE

3. DADOS PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

TIPO DE CONTA: ☐ CONTA CORRENTE ☒ CONTA POUPANÇA BANCO: Caixa

Nº DA AGÊNCIA: 0877 Nº DA CONTA: 000 14347-9

4. DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME COMPLETO: Joana D'arc Miranda de Farias

CIC/CPF: 014.307.584-57 ENDEREÇO: Rua Paulo José dos Santos Nº: 67

COMPL.: – CEP: 55830.000 BAIRRO: Jardim Guarani

CIDADE: Timbaúba ESTADO/UF: Pernambuco

TELEFONE DE CONTATO: (81) 9 9543-3413/(81) 9216-2319 e-mail:

O RECLAMANTE declara estar ciente de que outros documentos poderão ser solicitados, se necessários à elucidação do sinistro.

Timbaúba, 15 de Agosto de 2016
LOCAL E DATA

Joana D'arc Miranda de Farias
ASSINATURA DO RECLAMANTE

NOSSOS ENDEREÇOS:
GENTE SEGURADORA - PORTO ALEGRE
GENTE SEGURADORA - SÃO PAULO/SP
GENTE SEGURADORA - FLORIANÓPOLIS/SC
GENTE SEGURADORA - RIO DE JANEIRO/RJ
GENTE SEGURADORA - CURITIBA/PR
GENTE SEGURADORA - BELO HORIZONTE/MG

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160616198 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS **Data do acidente:** 10/04/2016 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE PÉ ESQUERDA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PÉ ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ PÉ ESQUERDA 50% DE 50%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160616198 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS **Data do acidente:** 10/04/2016 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PÉ ESQUERDO- FRATURA DOS 5 METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DOS PODODACTILOS, DÉFICIT DO APOIO PLANTAR ESQUERDO. DEFORMIDADE ANATOMICA DO 3 PODODACTILO. EDEMA DO PÉ ESQUERDO. CLAUDICAÇÃO.

Resultados terapêuticos: TRTAMENTO CIRURGICO- FIXACAO PER CUTANEA DO 2 AO 4 METATARSOS.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/10/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2016

Carta n°: 9881469

A/C: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS

Sinistro:	**3160616198 ASL-1102000/16**
Vitima:	**JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS**
Data Acidente:	**10/04/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R$ 13.500,00.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01121/01122 - carta_01

00020561

Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2016

Carta n°: 9898430

A/C: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS

Sinistro:	**3160616198 ASL-1102000/16**
Vítima:	**JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS**
Data Acidente:	**10/04/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01507/01508 - carta_02

00070754

Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2016

Carta n°: 10007428

A/C: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS

Sinistro:	**3160616198 ASL-1102000/16**
Vitima:	**JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS**
Data Acidente:	**10/04/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS**
Valor: **R$ 4.725,00**
Banco: **104**
Agência: **000000877**
Conta: **0000014747-9**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**4.725,00**

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R$	**4.725,00**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01799/01800 - carta_15R

00020900

LÍDER

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2017

Carta n°: 10703644

A/C: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS

Sinistro:	**3160616198 ASL-1102000/16**
Vítima:	**JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS**
Data Acidente:	**10/04/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01211/01212 - carta_02

00070606

LÍDER

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2017

Carta n°: 10785339

A/C: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS

Sinistro:	**3160616198 ASL-1102000/16**
Vitima:	**JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS**
Data Acidente:	**10/04/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Prezado(a) Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00903/00904 - carta_09

00050452

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: ***3160616198 - 1***

Nome do(a) Examinado(a): ***JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS***

Endereço do(a) Examinado(a): ***RUA PAULO JOSE SANTOS nº 67 - JARDIM GUARANI - TIMBAUBA/PE***

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: ***RG 6798193 - SSP***

Data local do exame: ***31/10/2016 RECIFE/PE***

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame fisico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnôstico(s)

FRATURA EXPOSTA DO PE ESQUERDO- FRATURA DOS 5 METATARSOS DO PE ESQUERDO

a) O quadro clinico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sito provocada em acidente automobilistico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

[X] SIM [ ] NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

[X] SIM [ ] NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRTAMENTO CIRURGICO- FIXACAO PER CUTANEA DO 2 AO 4 METATARSOS.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

[X] SIM [ ] NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITACAO DA FLEXO-EXTENSAO DOS PODODACTILOS, DEFICIT DO APOIO PLANTAR ESQUERDO. DEFORMIDADE ANATOMICA DO 3 PODODACTILO. EDEMA DO PE ESQUERDO. CLAUDICACAO.

IV. Segundo o 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 prejuizos definitivos em cada segmento corporal acometico.

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

[ ] Vitima em tratamento

Esta avaliaçaõ médica deve ser repetida em dias

[ ] Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

[ ] 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

[ ] 10% [ ] 25% [X] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquaramento no campo das observações(*).

[ ] Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO AVALIACAO DA EXAMINADORA -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 31/10/2016

Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM:52.25889-0/RJ

Assinatura do perito Examinador - CRM

DOCUMENTO 1 *T1%*

Autenticação do documento

0014

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU: Joana D'arc Miranda de Farias

PORTADOR(A) DO RG Nº: 6198193 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 06/02/2008

CPF 01430958454 /CNPJ ____ PROFISSÃO Lavra

E RENDA MENSAL DE R$ Nenhuma (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Joana D'arc Miranda de Farias AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou SALÁRIO
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: [illegible] ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotética, com limite de movimentação financeira mensal bloqueado R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta-corrente / comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

USEBENS SINISTRO 19 SET 2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO MAL ACONDICIONADO 19 AGO 2016 Gente Seguradora S/A Filial Recife / PE Loja 5

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO Caixa 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0833 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00014944-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ASL-109

Timbaúba 15 de Agosto de 2016 — LOCAL E DATA

ASL-109 Joana D'arc Miranda de Farias — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZA

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU: Joana D'arc Miranda de Farias

PORTADOR(A) DO RG Nº 6798193 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 06/02/2001

CPF 014.309.514-59 /CNPJ _____ PROFISSÃO Jovem

E RENDA MENSAL DE R$ nenhuma (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Joana D'arc Miranda de Farias AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO MAPEAMENTO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Loja 5
PE

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou SALÁRIO;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal máximo R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta, conforme comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL: www.receita.fazenda.gov.br) bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO Caixa 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0843 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00014947-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Jaboatão, 15 de Agosto de 2016 Joana D'arc Miranda de Farias

LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.


DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Caixa Seguradora S/A
CAIXA
603689 0010 00406 1958
JOANA D ARC M PARIAS
0677 013 00014747-9 11/20
Maestro

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA
DP46ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0136000702**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/04/2016** às **11:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **10/4/2016** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 1; CÉSAR AUGUSTO, PROXIMO À SAPOLÂNDIA** - Bairro: **CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE TIMBAÚBA
46ª CIRCUNSCRIÇÃO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
TIAGO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA (OUTRO)
JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) que estava em posse do(a) Sr(a): TIAGO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA

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

JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO BORGES DA SILVA** Pai: **JOÃO MIRANDA DE FARIAS** Data de Nascimento: **11/10/1984** Naturalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4731193/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **991069825**
Endereço Residencial: **RUA PAULO JOSE DOS SANTOS, 67 - CEP: 0 - Bairro: JARDIM GUARANI - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

TIAGO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO TEIXEIRA DA SILVA** Pai: **SEVERINO LUIZ DA SILVA** Data de Nascimento: **17/2/1984** Naturalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6151543/SDS/PE (RG), 03448360361 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Endereço Residencial: **RUA MATIAS DE ALBUQUERQUE, 166 - CEP: 0 - Bairro: CRUZEIRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS** que estava em posse do(a) Sr(a): **TIAGO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFF6817** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **294227263** Chassi: **9C2JC4820CR867083**

Complemento / Observação

A VITIMA, JOANA D'ARC MIRANDA, VEIO A ESTA DELEGACIA COMUNICAR QUE ESTAVA COMO GARONA NA MOTOCICLETA DESCRITA NESTE BO, CONDUZIDA POR SEU AMIGO TIAGO LUIZ, QUANDO UM DESCONHECIDO, EM OUTRA MOTOCICLETA, DE PLACA NÃO ANOTADA, EM ALTA VELOCIDADE E COM SINTOMAS DE EMBRIAGUÊS, E COLIDIU NA MOTOCICLETA EM QUE ESTAVAM JOANA E TIAGO, ATINGINDO EM CHEIO O PÉ ESQUERDO DE JOANA, QUE FOI SOCORRIDA PARA A UPA DE TIMBAÚBA, PELO PRÓPRIO TIAGO E OUTROS POPULARES E, DE LÁ, FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EM RECIFE, COM FRATURA EXPOSTA NOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO. TIAGO NÃO SOFREU FERIMENTOS. O DESCONHECIDO, APÓS O FATO, SUMIU EM SUA MOTOCICLETA, DE PLACA NÃO ANOTADA, E TOMOU DESTINO IGNORADO. OBS: SEGUE EM ANEXO CÓPIA DO DOCUMENTO DE RG DE JOANA, ALÉM DO DOCUMENTO DO VEÍCULO EM SEU NOME E DA FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA.

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

JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS
(VITIMA)

Joana D'arc Miranda de Farias

TIAGO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **THIAGO HENRIQUE PENHA COUTINHO** - Matrícula: **273893-6**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 3
Graças - Recife / PE

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE TIMBAÚBA
1ª CIRCUNSCRIÇÃO

USEBENS SINISTRO
09 SET. 2016

1102000/16

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE

309101

1032

298325

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA -
DP46ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0136000702

Ocorrencia registrada nesta unidade policial no dia **27/04/2016** às **11:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **16/4/2016 às 18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 0, CESAR AUGUSTO, PROXIMO À SAPOLÂNDIA** - Bairro: **CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE TIMBAÚBA
46ª CIRCUNSCRIÇÃO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \AGENTE)
TIAGO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA (OUTRO)
JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): TIAGO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA

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

JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO BORGES DA SILVA** Pai: **JOÃO MIRANDA DE FARIAS** Data de Nascimento: **11/10/1984** Naturalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6788103/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **8181869826**

Endereço Residencial: **RUA PAULO JOSE DOS SANTOS, 87 - CEP: 0 - Bairro: JARDIM GUARANI - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

TIAGO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO TEIXEIRA DA SILVA** Pai: **severino LUIZ DA SILVA** Data de Nascimento: **17/3/1984** Naturalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8152843/SDS/PE (RG), 03446396391 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Endereço Residencial: **RUA MATIAS DE ALBUQUERQUE, 156 - CEP: 0 - Bairro: CRUZEIRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS** que estava em posse do(a) Sr(a): **TIAGO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** , Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PPP6417** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **204227263** Chassi: **9C2JC4820GR607653**

Complemento / Observação

A VITIMA, JOANA D'ARC MIRANDA, VEIO A ESTA DELEGACIA COMUNICAR QUE ESTAVA COMO CARONA NA MOTOCICLETA DESCRITA NESTE BO, CONDUZIDA POR SEU AMIGO TIAGO LUIZ, QUANDO UM DESCONHECIDO, EM OUTRA MOTOCICLETA, DE PLACA NÃO ANOTADA, EM ALTA VELOCIDADE E COM SINTOMAS DE EMBRIAGUÊS, E COLIDIU NA MOTOCICLETA EM QUE ESTAVAM JOANA E TIAGO, ATINGINDO EM CHEIO O PÉ ESQUERDO DE JOANA, QUE FOI SOCORRIDA PARA A UPA DE TIMBAÚBA, PELO PRÓPRIO TIAGO E OUTROS POPULARES E, DE LÁ, FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EM RECIFE, COM FRATURA EXPOSTA NOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO. TIAGO NÃO SOFREU FERIMENTOS. O DESCONHECIDO, APÓS O FATO, SUBIU EM SUA MOTOCICLETA, DE PLACA NÃO ANOTADA, E TOMOU DESTINO IGNORADO. OBS: SEGUE EM ANEXO CÓPIA DO DOCUMENTO DE RG DE JOANA, ALÉM DO DOCUMENTO DO VEICULO EM SEU NOME E DA FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA.

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

JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS
(VITIMA)

Joana D'arc Miranda de Farias

TIAGO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **THIAGO HENRIQUE PENNA COUTINHO** - Matrícula: **273953-6**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 715 - Loja 5
Boa Vista - Recife / PE

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE TIMBAÚBA
46ª CIRCUNSCRIÇÃO

DOCUMENTO 3 *T3%*

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Joana D'arc Miranda de Farias portador da carteira de identidade nº. 6298193 e inscrito no CPF/MF sob o nº 014.307.584-59 residente e domiciliado na Rua João José dos Santos 1127 Cidade Limoeiro Estado Pernambuco 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:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE

Joana D'arc Miranda de Farias
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Limoeiro, 15 de Agosto de 2016
Local e data

USEBENS
SINISTRO
09 SET 2016

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

DIT

Eu, Joana D'arc Miranda de Farias portador da carteira de identidade nº 6.298.193 e inscrito no CPF/MF sob o nº 014.202.584-59 residente e domiciliado na Rua João José dos Santos Cidade Jaboatão Estado Pernambuco 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:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE

Joana D'arc Miranda de Farias

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Jaboatão, 15 de Agosto de 2016

Local e data

DOCUMENTO 2 "T2%"

ato declaratorio

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 5050657 Prontuário: 395972

Nome: JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS

Data Nasc.: 11/10/1984 Idade: 31 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:

CPF: RG:

CNS: 704601647106127

Endereço: RUA PATATIVA

Bairro: CENTRO Cidade: TIMBAUBA Estado: PE

CEP: 55870000 Fone: 5581993340708 Celular

Acompanhante: Profissão:

Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO BORGES DA SILVA

Nome do Conjuge:

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2- ATENDIMENTO Data: 10/04/2016 21:40 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico: PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Dr. Evandro Galindo
Médico
CRM 16334

Prescrição:

Data

USEBENS
SINISTRO
09 SET. 2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Porto Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife/PE

TRACIN

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000014747-9

Nr. da Autenticação 36E7C521FDAE65CE

DOCUMENTO 2 "T2%"

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Joana D'Arc Miranda de Farias

RG nº 6.149.318 data de expedição 01/02/2001 Órgão SDS/PE

CPF nº 014.308.584-58, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Paulo José dos Santos
Número	67
Apto / Complemento	—
Bairro	Jardim Guarani
Cidade	Timbaúba
Estado	Pernambuco
CEP	55870-000
Telefone de Contato	81) 9-9543-3413 / 81) 9-9216-2319
E-mail	—

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timbaúba, 19 de Agosto de 2016

Assinatura do Declarante: Joana D'Arc Miranda de Farias

USEBENS SINISTRO 09 SET. 2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 19 AGO 2016 Gente Seguradora S/A Av. Rio Branco, 1715, Loja 5 Graças - Recife / PE

ASL-103218416 79897323 6 09/09/2016 13:45:46

CTE RECIFE PE PJ

JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS
R PAULO JOSE DOS SANTOS,67
PX ESCOLA CLOVES SALGADO
JARDIM GUARANI
55870-000 TIMBAUBA PE

Postagem: 11/05/2016
Vencimento: 20/05/2016
Emissão: 09/05/2016
Fechamento próxima fatura: 15/06/2016

Resumo da fatura em R$

Total da fatura anterior	781,91
Pagamentos efetuados	-781,91
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	686,70
Total desta fatura	686,70

Titular JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS
Cartão 6062.XXXX.XXXX.0766

Para que seja feita a fatura impressa chegar em data de vencimento da fatura, pague até o dia 03/05 e ela poderá chegar

vencimento	pagamento total R$	pgto. mínimo R$	parcelamento R$ com seguro 18 X	parcelamento R$ sem seguro 18 X
20/05/2016	686,70	116,74	76,08	86,76

Vide folha explicativa

Limites de crédito R$

Limite total de crédito	3.700,00
Limite utilizado no mês	686,70
Limite de crédito parcelado	2.550,00
Retirada de recursos País(saque)	800,00

Pagamentos efetuados

DATA		VALOR EM R$
20/04	PAGAMENTO FICHA COMPENS	-700,00
20/04	PAGAMENTO FICHA COMPENS	-81,91
Total dos pagamentos		-781,91

Lançamentos: compras e saques

JOANA D M FARIAS (final 7928)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R$
25/07	COML DE COMST 2001 10/12 CARPINA	55,12
Lançamentos no cartão (final 7928)		55,12

JOANA D M FARIAS (final 0766)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R$
25/11	O BOTICARIO 06/06 TIMBAUBA	23,74
27/01	COMPRA PAGSEGURO 04/04 SAO PAULO	40,00

Facilite sua vida.
Opte de acumular papel.
Mude já! Cadastre-se na Fatura Digital pelo 3003-3030 e receba alertas via e-mail e SMS.

Compra presencial
cartão de crédito com chip e senha pessoal intransferível.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
19 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE

Banco Itaú S.A. 341-7
34191.75363 58479.782045 06173.090002 1 000
00136584797/0146393
JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS - 014.307.564-57
recibo do pagador

USEBENS
SINISTRO
09 SET. 2016

HOSPITAL GETULIO VARGAS

EMERGENCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO

Sexo

RG

DNS

Cidade

Fone

ATENDIMENTO DATA:27/01/2017 HORA:20:16 h Médico:

Historia do Trauma

Exame Físico:

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA

Identificação do Caso: | Condição de Alta

Informação do Serviço Social

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Termo de Responsabilidade Para Internamento :

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :

Getulio Vargas

SUMAR

01 (DUAS VIAS)

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

HOSPITAL [illegible]
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA

BOLETIM DE ATENDIMENTO

[illegible] NASCIMENTO DA SILVA
Atendimento de Emergência: 500859
1.1 Atendimento em: [illegible]
1.2 Às 20 horas e [illegible]
1.3 Internado: SIM
1.4 Retirou-se [illegible]

Atendimento Eletivo – Reg. Geral [illegible]
2.1 Internado em: [illegible]
2.2 Alta em: 07.02.2007

Hipótese Diagnóstica [illegible]

3. Tratamento [illegible]

4. Observações [illegible]

GETULIO VARGAS

Pernambuco

Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO [illegible]

Nome do paciente: EDSON NASCIMENTO DA SILVA [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] MANUEL [illegible]

[illegible] HR

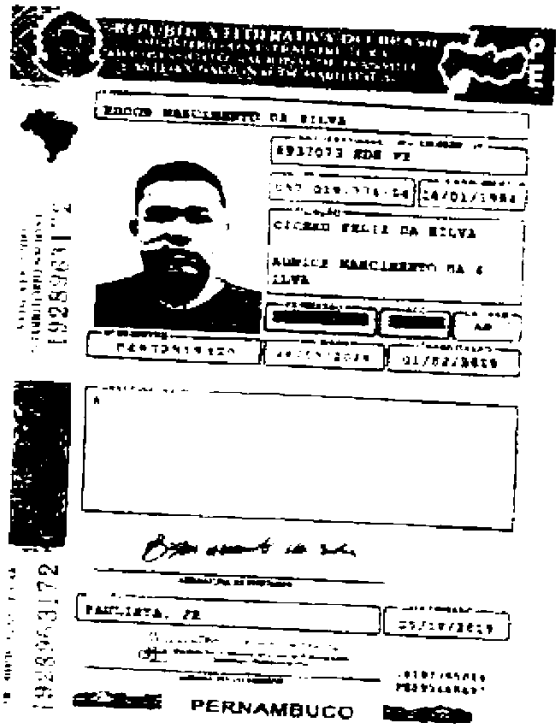
[illegible]

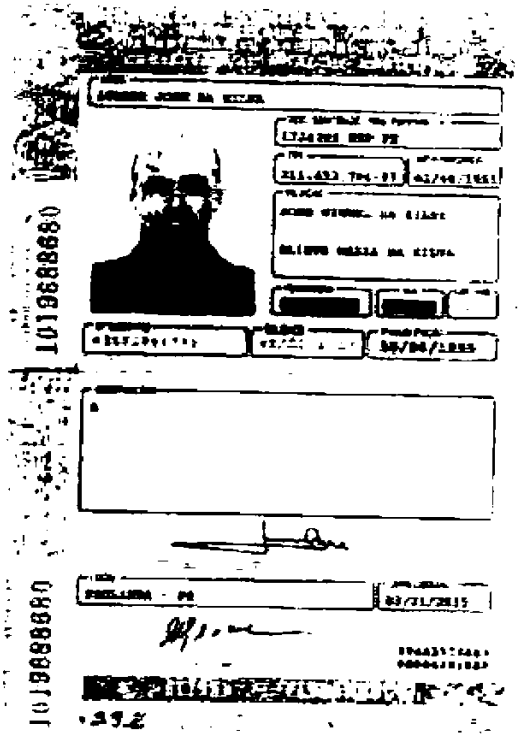
Diagnóstico pré-operatório: FRAT[illegible]

Cirurgia proposta: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA [illegible]

[illegible]

[illegible]


PERNAMBUCO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636168 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: EDSON NASCIMENTO DA SILVA **Data do acidente:** 27/01/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO 1° METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P4 P5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R$ 675,00
		Total	**5 %**	**R$ 675,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636168 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: EDSON NASCIMENTO DA SILVA **Data do acidente:** 27/01/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO 1° METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P4 P5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R$ 675,00
		Total	**5 %**	**R$ 675,00**

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

_____,brasileira,estado civil, S[illegible] ,RG n° [illegible] ,CPF/MF sob n° [illegible] ,residente e domiciliado a rua [illegible],n° [illegible] ,bairro [illegible] ,na cidade de [illegible] ,estado de Pernambuco.

OUTORGADO: AGENOR JOSE DA SILVA,brasileira,divorciado, inscrito(a) no CPF/MF sob n° 311.453.704-97, e RG. N° 1.724.300-SSP/PE,com endereço a rua Coleta,38-Pau Amarelo-loteamento Nossa Senhora da Conceição, na Cidade de Paulista,estado de Pernambuco.

PODERES: Concede,poderes especiais o OUTORGANTE ao OUTORGADO para: Enviar documentos,receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep,bem como tratar,requerer,assinar,receber papeis e documentos,concordar ou não com se faça necessario junto aos orgãos de Saúde(hospitais)Policlinicas,Upas,Samu,Corpo de Bombeiros,solicitar copias autênticas de laudos junto ao IML,registrar Boletim de ocorrencias em delegacias de Policia do estado de Pernambuco.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informacoes e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

_____, ___ de _____ de 2019.

_____

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

ETIQUETA NO VERSO

[illegible]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398351/19

Vítima: EDSON NASCIMENTO DA SILVA

Data do acidente: 27/01/2017

CPF: 057.019.774-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDSON NASCIMENTO DA SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

AGENOR JOSE DA SILVA : 311.453.704-97

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EDSON NASCIMENTO DA SILVA : 057.019.774-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA
CPF: 311.453.704-97

AGENOR JOSE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190636168 **Vítima: EDSON NASCIMENTO DA SILVA**

Data do Acidente: 27/01/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDSON NASCIMENTO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01055/01056 - carta_01 - INVALIDEZ

00020528

Carta nº 15104985

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190636168 **Vítima: EDSON NASCIMENTO DA SILVA**

Data do Acidente: 27/01/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDSON NASCIMENTO DA SILVA

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R$ 675,00

Recebedor: **EDSON NASCIMENTO DA SILVA**
Valor: **R$ 675,00**
Banco: **104**
Agência: **000000944**
Conta: **0000012701-3**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☐ DANOS DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA BANCÁRIA ☐ CONTA CORRENTE

☐ Itaú (341) Nome do BANCO

☐ Caixa Econômica Federal (104)

CONTA 3 AGÊNCIA CONTA

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **19E0116003366**

Ocorrência registrada nesta unidade policial em dia **11/11/2019** às **11:22**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) [illegible]
27/1 2017 às **20:16**

[illegible] **AVENIDA RUI BARBOSA, 1** Bairro **GRACAS** -
RECIFE PERNAMBUCO BRASIL
[illegible] **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

[illegible] AGENTE
[illegible]

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

[illegible]

[illegible]

EDSON NASCIMENTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo **Masculino** Mãe **EUNICE NASCIMENTO DA SILVA** - **CICERO FELIX DA SILVAC** Data de Nascimento **14/1/1984** Naturalidade **CATENDE PERNAMBUCO BRASIL** [illegible] **6937073-SDS PE (RG) 05701977404 (CPF)** [illegible] **SOLTEIRO(A)** Profissão **AUXILIAR DE COZINHA**
[illegible] **RUA BARRA LONGA, 112 CEP: 55000-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEICAO - PAULISTA PERNAMBUCO BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo **Masculino** [illegible] **NAO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL**

[illegible]

MOTONXU0564 (VEICULO) de propriedade de/at. Sra. **EDSON NASCIMENTO DA SILVA** [illegible] **EDSON NASCIMENTO DA SILVA**
[illegible] **MOTOCICLETA HONDA MAGNA** [illegible] **Não**
[illegible] **(UNIDADE NAO INFORMADA)**

Placa **NXU0564** [illegible]

[illegible]

ALEGA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA RUI BARBOSA SENTIDO RECIFE , QUANDO FOI COOLIDIDO POR UM CARRO DESCONHECIDO QUE PATEU EM SUA MOTO, CAUSADOLHES :FRATURA DO T METATARSO DE PE ESQUERDO.ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO SERUGICO.

[illegible] das pessoas presente nesta unidade [illegible]

EDSON NASCIMENTO DA SILVA
(VITIMA)

LUCIANO MORAES E SILVA Matrícula 3849490

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☐ DANOS DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA BANCÁRIA ☐ CONTA CORRENTE

☐ Itaú (341) Nome do BANCO

☐ Caixa Econômica Federal (104)

CONTA AGÊNCIA CONTA

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON NASCIMENTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00944

CONTA: 000000012701-3

Nr. da Autenticação 75432466EC353DB5

CLIPE

Cartão de Debito
Bradesco

LÍDER

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

[illegible] www.seguradoralider.com.br [illegible]

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

[illegible] 24 horas por dia: 0800 022 81 [illegible] | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 00 | Central Ouvidoria: 0800 021 9[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção cível prevista

[illegible]

[illegible]