



26/03/2020

Número: **0010631-68.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
RENATO CAMERINO CARNEIRO LEAL PAES BARRETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59835072	26/03/2020 11:21	2706793_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00106316820208172001

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 **CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **23/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 14/11/2019.

Cumprе 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



A pretensão 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/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO INDEFERIMENTO DA INICIAL

Destaca-se, inicialmente, a ausência de documento indispensável a propositura de qualquer demanda judicial, qual seja, o comprovante de residência.

Compulsando os autos, percebe-se que não fora juntado documento de comprovação do domicílio do autor, em clara afronta ao artigo 320, do CPC.

Ocorre, que a ausência do referido comprovante inviabiliza até mesmo a elaboração da defesa da Ré, uma vez que impossibilita a comprovação da competência territorial.

Diante disso, considerando o momento processual, requer a extinção da presente demanda, na forma dos artigos 321 c/c 485, I. CPC.

DO MÉRITO

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

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

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;



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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, 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 irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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



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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **23/09/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 HOUE 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.”



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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

⁷art. 1º. (...)

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



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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 18 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 esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **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 **CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO**, em curso perante a **8ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00106316820208172001.

Rio de Janeiro, 18 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0010631-68.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
RENATO CAMERINO CARNEIRO LEAL PAES BARRETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59835074	26/03/2020 11:21	ANEXO 1	Outros (Documento)



HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
Simão Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 909208	Data e Hora do Atendimento 23/09/2019 às 08:37:12	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGENCIA GERAL
------------------------------	--	--	--------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025216362 - CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA FILHO			
CNS: 702601737931147	Nascimento: 09/01/1990	Idade: 29 anos	Sexo: Masculino Cor:
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: COMERCARIO	Naturalidade: BOM CONSELHO	Nacionalidade: Brasileiro
Documento: RG - 8128148	Filiação: Pai: Mãe: ANA PALUA CORREIA DANTAS SILVA		

Endereço (Av., Rua, etc): RUA 06 DE ABRIL, Nº. 185	Complemento:
Bairro: CENTRO	Cidade: Bom Conselho UF: PE Telefone: (87) 8114-0960

Acompanhante:	Ocorrência:	Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐
Procedência: Bom Conselho	Meio de Transporte:	

Atendimento Médico:	Data: / /	Hora:	Médico:	CRM:
---------------------	-----------	-------	---------	------

Queixa Principal:

HDA: REGUA ACING-26.46 - 200210024 H7 2 01 h
DESCRUGU NOZ NA CLAVICULA. 26F026
Perda m consciência e murgem

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Colisão: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Motorista ☐ Passageiro ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐	Local do Impacto:	
Última de Ferimento: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:
Q. madura: Sim ☐ Não ☐	Por:	Transporte realizado por:
Condições de Imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐	Por que:	

Exame físico:

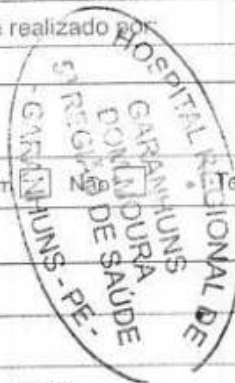
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Temp.:
----------	--	--	--------

B: Respiratório

C: Circulatório	PA: x mmHg	Pulso: bpm
-----------------	------------	------------

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MS ☐ D ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisicóricas ☐
----------------------	---	--

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:
---	---	---



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Rx na clavícula esquerda

Exames Solicitados:

AV
BO Ombro esquerdo

Resultado dos Exames:

AV ombro
Tôny Patellar

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

1) SFD 99 - 1000V, EV - 1º 2º
2) Traxel: 1000V - 1000V 40,9V, EV, leito
9:30

Dr. Enrico Heber
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 13467 / SP

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

AVALIAÇÃO DO CIRURGIÃO GERAL
(PENSA NA CONSCIÊNCIA DO ACIDENTE GERAL)
Diagnóstico Definitivo: Fratura da clavícula

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☒ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Transferido para:

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

Hora:

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorar

☐ Inalterado ☐ Piorado

☐ Óbito

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / / Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento de todas as consequências deste ato possam advir.

Data: / / Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____



Tral Clavícula E

20



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome:	Cláudio Laurino			
Situação/Queixa:	Prontidão de morte + dor na clavícula			

PROCEDÊNCIA			
RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE
Doenças Preexistentes:			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS			
PA: 150/110	P.	R.	T.
SpO2	HGT	Glicemia	Glicose

RÉGUA DE DOR	
LEVE	MODERADA
GRAVE	

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmado
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	
Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradycardia	
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose	
Palidez	Sudorese			

DOR TORÁCICA		
INTENSA	MODERADA	LEVE

Duração da dor: _____

Localização: _____

IRRADIAÇÃO DA DOR					
Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdome

DOR PRESENTE		
EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA

Fluxograma: *p. 0108*

Data: 23/09/19

Laurino
Assinatura/Carimbo



HRDM
5777440

Ricardo Alves de S. Júnior
Clínica Médica - Geriatria
CREMEPE 15239

07:00

LAUDO MÉDICO

Cláudio Henrique de Silva Filho, 22 anos
Paciente

22 anos, relato de queda sintomática com
fratura de bacia E.

Tr:

- H. P. 15239 - 02/03/2020
- 15239 - 02/03/2020

TRAUMATOLOGIA

Ricardo Alves de S. Júnior
Clínica Médica - Geriatria
CREMEPE 15239

23.03.20



F1
01**Prefeitura Municipal de Bom Conselho**

Secretaria Municipal de Saúde

PRONTUÁRIO DE EMERGÊNCIA

00:20

Nome:	Chidson Lourenço da Silva Filho			Hora:	
Idade:	29 anos	Peso:		Temperatura:	PA:
Endereço:	Rua Alabara Nº 04 - FV. São Sebastião				
Filiação:	Ana Paula Correia Dantas Tenório				
Acid. Trans: ()	Acid. Trab: ()	Agressão: ()	Outros: ()		
HDA:					
Ex. Clin:	Paciente Alcoolizado, Imerso por 3 minutos em água quente, sem reação, com reflexos presentes.				
Diagnóstico:	- Agitação / Pânico				
Conduta:	- Deixar o paciente em ambiente calmo e seguro.				
Cons. Simples ()	Cons. Terapia ()	Cons. Observação ()	Procedimento ()		
23/09/2019		Ho: Paulo S. C. M.		Médico	



Fabiana Melo da Silva
COREN/PE 1207196-TE



CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTI
AV. SIMÃO GOMES, 33, HELIOPOLIS - GARANHUNS - PE, CEP 55296-250
CNPJ: 10.248.599/0001-30, FONE: (87) 3762-2002 - FAX: (87) 3762-2005

FICHA DE INTERNAÇÃO

Número do Registro 309872	Data e Hora do Atendimento 25/09/2019 10:32	CNS:	Local:	
Paciente: 000086669 CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO	Nascimento: 09/01/1990	Idade: 29	Sexo: Masculino	Cor: Sem informação
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: VENDEDOR	Naturalidade:		
Documento: 8128148	Filiação: Pai: CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA Mãe: ANA PAULA CORREIA DANTAS SILVA			
Endereço: TRAVESSA SAO SEBASTIAO	Nº: 4	Complemento:		
Bairro: CENTRO	Cidade: BOM CONSELHO	UF: PE	CEP: 55330-000	
Telefone fixo: (87) 99683-5234	Telefone Celular: (45) 98813-6662			
Convênio: Particular	Categoria:	Matricula: 097427701		
Médico: SAULO BEZERRA DE ALMEIDA	CRM:			
Enfermaria: Posto - B	Leito: QTO. 22 LEITO 1			
Histórico: <i>Sobrem quiete de leito, emagrecimento</i>				
Anamnese:				
Exame médico físico: <i>sem + impotência funcional. sem defect</i>				
Diagnóstico: <i>trauma da clavícula esquerda</i>				
CID: Hipótese diagnóstica:				
Tratamento: <i>Tratamento cirúrgico</i>				
Data da alta: <i>26/09/19</i> Motivo: <i>curado</i>				

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Eu, *Dr. Paulo Roberto Gomes Dantas Taveira*, pelo presente termo, autorizo aos médicos da CASA DE SAÚDE E MAT. N. SRA. PERPÉTUO SOCORRO a procederem no paciente acima relacionado, tudo que acharem necessário para o tratamento do mesmo (cirurgias, exames, transfusões, etc.) dando aos mesmos, plenos direitos para o tratamento indicado, conforme necessários e em observação às normas do decorrente de despesas não autorizadas pelos convênios, mas necessárias ao tratamento do paciente. Com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) NÃO TERÃO QUE FAZER NENHUMA COMPLEMENTAÇÃO nos procedimentos realizados neste nosocômio. Pacientes PARTICULARES será cobrada taxa administrativa de 10% sobre o valor da conta em pacientes internados.

Assinatura Médico c/ Carimbo

Assinatura / Responsável

Criado por Greyce Kelly Monteiro da Silva em 25/09/2019 10:35





CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA
Av. Simão Gomes, 33 - Fone: (87) 3762.2002 - Fax: (87) 3762.2003
CNPJ: 10.248.599/0001-30 - Heliópolis - CEP 55296-250 - Garanhuns - PE
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE <i>P. 1000</i>		
NOME DO PACIENTE <i>Lauro de Almeida Filho</i>		NÚMERO DO REGISTRO <i>51113</i>
CLÍNICA <i>Otorrinolaringologia</i>		NÚMERO DO LEITO
OPERADOR <i>Dr. João Carlos</i>		
1º ASSISTENTE		2º ASSISTENTE
INSTRUMENTADOR		ANESTESISTA <i>Dr. João Carlos</i>
ANESTÉSIA <i>Proprioceps + Propofol</i>		DURAÇÃO
DATA DA OPERAÇÃO <i>25-03-2018</i>	INÍCIO <i>13:20</i>	FIM <i>14:00</i>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Lesão em clavícula esquerda</i>		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		
OPERAÇÃO PROPOSTA <i>Protese unipolar fixa clavícula esquerda</i>		
OPERAÇÃO REALIZADA <i>A proposta</i>		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- * Paciente sob bloqueio de PBE
- * Descompressão + aproximação dos campos estéril
- * Incisão feita antero-superior do ombro E
- * Osteossíntese cl. prox 1/3 de encaixe 3,5 (8 Furos)
- * Sutura por plano

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/03/2020 11:21:28
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032611212877600000058829467
Número do documento: 20032611212877600000058829467

EVOLUÇÃO MÉDICA

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

03 R 18

01/08/2006

8.128.148

CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA FILHO

CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA

ANA PAULA CORREIA DANTAS SILVA

BOM CONSELHO - PE

09/01/1990

CN 20515 L79A F 265 1º CART. BOM CONSELHO-PE

12.01.1990

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 118 DE 2005

F-20 91 483

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

083.977.884-83

Nome

Nascimento

Cartão de inscrição

Correios

Invalidadez



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014801185432
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 1004582266 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME JEYSON LEITE SOBRAL

BOM CONSELHO-PE

CPF/CNPJ 094.876.064-83 PLACA 0Y03705

PLACA ANT./UF 0000000000 PE CHASSI 9C2KCL680ER024786

ESPECIE TIPO PAS / BICICICLETA COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2014 ANO LIC. 2014

CAP / POT / CL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª 0000000000

IPVA 2015 QUITADO 2ª 0000000000

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 ICF (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 80.43 DATA DE PAGAMENTO 21/02/19

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA

SINAL

BOM CONSELHO DATA 23/02/19

Roberto Carlos Moreira Pontes

DIRETOR DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014801185432 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JEYSON LEITE SOBRAL

55330-0

CASA BOM CONSELHO-PE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 23/02/19

VIA 1 CPF / CNPJ 094.876.064-83 PLACA 0Y03705

RENAVAM 1004582266 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2014 CILINDROS 09 CHASSI 9C2KCL680ER024786

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) 36.05 DEBITO (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 80.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 ICF (R\$) 0.32 DOLABRANCHA (R\$) 94.52

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 21/02/19

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.348.600/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
RIS IMÓVEL DE RISCO OBRIGATORIO

COMPREV
COMPREV IDA E PREVIDÊNCIA S/A
22 JAN 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200035567 **Cidade:** Bom Conselho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 23/09/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P 1/2/4/7/8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 MODERADA DO OMBRO 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200035567 **Cidade:** Bom Conselho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 23/09/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P 1/2/4/7/8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 MODERADA DO OMBRO 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030103/20

Vítima: CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

CPF: 083.977.884-84

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 23/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO : 083.977.884-84

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: 22/01/2020
Nome: CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO
CPF: 083.977.884-84

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

JONATAN BARBOSA DE BARROS





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, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035567

Vítima: CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 23/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15398583





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, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035567

Vítima: CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 23/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000000550-9**

Conta: **0000025041-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Pag. 01385/01386 - carta_30 - INVALIDEZ



Adesão do Segurado (DPVAT)

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do registro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 08397788484 4 - Nome completo da vítima: Cleidson Baurmeo da Silva Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: Cleidson Baurmeo da Silva Filho 6 - CPF: 08397788484

7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Av. São Sebastião 9 - Número: 04 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bom Conselho 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55330-000

15 - E-mail: 81 996684814 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0550 9 CONTA: 15041 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bom Conselho - PE, 13.12.2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



<https://servicos.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=4941807&idBO=19E0226000920>



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 136ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM CONSELHO - DP136ªCIRC
DINTER1/18ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0226000920

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/11/2019 às 10:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 23/9/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BOM CONSELHO, 1 - Bairro: CENTRO - BOM CONSELHO/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

N HOUVE (AUTOR/AGENTE) *

JEYSON LEITE SOBRAL (OUTRO)

CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JEYSON LEITE SOBRAL

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

CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: ANA PAULA CORREIA DANTAS SILVA Pai: CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA Data de Nascimento: 6/1/1998

Naturalidade: BOM CONSELHO / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 8128148/SDSPE (RG), 08397783484 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU

INCOMPLETO Profissão: VENDEDOR(A)

Telefones Celulares:

- 87986836234

Endereço Residencial: TRAVESSA SÃO SEBASTIÃO, 4 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - BOM CONSELHO/PERNAMBUCO/BRASIL

JEYSON LEITE SOBRAL (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: JENECI LEITE DA SILVA SOBRAL Pai: LUIZ PEDRO SOBRAL Data de Nascimento: 6/1/1981 Naturalidade: BOM CONSELHO / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 8284612/SDSPE (RG), 09487866489 (CPF), 04778965619 (CMH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade:

2ª. GRAU COMPLETO Profissão: VENDEDOR(A)

Telefones Celulares:

- 8737711984

Endereço Residencial: RUA CAPITÃO LISIMACO, 103 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - BOM CONSELHO/PERNAMBUCO/BRASIL

N HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEYSON LEITE SOBRAL**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **OY03706** (PERNAMBUCO/BOM CONSELHO) Renavam: **100458226** Chassi: **9C2K16S09R024786**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCOOL GASOL**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE SE DIRIGIA COM DESTINO A SUA RESIDENCIA COM SEU AMIGO PROPRIETÁRIO DA MOTO E AO PASSAR PROXIMO AO CAMPO DE AVIAÇÃO ACABARAM CAINDO DA MOTO SOFRENDO AS LESOES DESCRITAS NA FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR. RENAVAM CORRETO: 1004582266

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

Cleudson Lourenço da Silva Filho
CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO
(VITIMA)

JEYSON LEITE SOBRAL
JEYSON LEITE SOBRAL
(OUTRO)

B.O. registrado por: **JOSE FABRICIO MENEZES MARANHÃO** - Matrícula: **328324-7**



Adesão do Seguro DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do registro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 08397788484 4 - Nome completo da vítima: Cleidson Baurmeo da Silva Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: Cleidson Baurmeo da Silva Filho 6 - CPF: 08397788484

7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Av. São Sebastião 9 - Número: 04 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bom Conselho 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55330-000

15 - E-mail: 81 996684814 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0550 9 CONTA: 15041 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bom Conselho - PE, 13.12.2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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:	30/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00550-9

CONTA: 000000025041-4

Nr. da Autenticação DBC7A831AD199E0C





Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife - PE, CEP 50050-803
CNPJ 12.835.888/0001-78 E-mail: 000543-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANA PAULA CORREIA DANTAS TENORIO

CPF: 789.751.694-20

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV SAO SEBASTIAO 04

CENTRO/BOM CONSELHO
BOM CONSELHO PE
55330-000

09050823 ÚNICA 14/10/2019
14/10/2019 2010208848 9370201

7024400184 10/2019
21/10/2019 13/11/2019
209.15

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(WWh)	219,000000	5,8106952	127,54
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,55
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,43
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,50
ICMS Subvenção-CDI-NF 073094388-13/08/19			1,81
Multa por atraso-NF 073094286-13/08/19			9,84
Multa por atraso-NF 073094384-13/08/19			2,12
Juros por atraso-NF 073094286-13/08/19			1,38
Juros por atraso-NF 073094384-13/08/19			9,77

TOTAL DA FATURA

209.15

NP DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	NP de Dias	Constante	Ajuste	Consumo (WWh)
3181744813	CAT	11-08-2018	14-10-2019	88	1.0000		219,00

Mês/Ano	WWh	ICMS	PIS	COFINS	Valor do Consumo	Valor do Imposto	Valor do Total
OUT-18	218	197,02	1,28	11,12	58,11	2,47%	21,81%
SET-18	127	197,02	1,28	11,12	58,11	2,47%	21,81%
AGO-18	205	197,02	1,28	11,12	58,11	2,47%	21,81%
JUL-18	190	197,02	1,28	11,12	58,11	2,47%	21,81%
JUN-18	228	197,02	1,28	11,12	58,11	2,47%	21,81%
MAY-18	238	197,02	1,28	11,12	58,11	2,47%	21,81%
ABR-18	211	197,02	1,28	11,12	58,11	2,47%	21,81%
MAR-18	232	197,02	1,28	11,12	58,11	2,47%	21,81%
FEB-18	318	197,02	1,28	11,12	58,11	2,47%	21,81%
JAN-18	352	197,02	1,28	11,12	58,11	2,47%	21,81%
DEZ-18	314	197,02	1,28	11,12	58,11	2,47%	21,81%
NOV-18	262	197,02	1,28	11,12	58,11	2,47%	21,81%
OUT-18	200	197,02	1,28	11,12	58,11	2,47%	21,81%

FSOC 3455 DEBR B002 9023 ESD2 1CA5 SEET

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	219,00	11,30	22,81	41,00	202	202	201
ENC	0,00	7,58	18,18	30,39			
ENC	0,00	0,18	0,00	3,00			

Limite DDI: 18,00

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
22 JAN 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE