



Número: **0058773-40.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/11/2019**

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 |
|---|---|
| JOSE MARIA DA SILVA (AUTOR) | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO) |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU) | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) | |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO) | |

| Documentos | | |
|--------------|--------------------|--|
| Id. | Data da Assinatura | Documento |
| 60328 924 | 06/04/2020 14:45 | 2710023_CONTESTACAO_01 |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00587734020198172001

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE MARIA DA SILVA**, 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 **18/12/2016**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **09/06/2017**.

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\$ 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:45:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614452213300000059297751>
Número do documento: 20040614452213300000059297751

Num. 60328924 - Pág. 1

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

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.

DA NECESSIDADE DA PROCURAÇÃO SER OUTORGADA POR INSTRUMENTO PÚBLICO

É cediço que nas procurações em que o outorgante é analfabeto não comporta a outorga via instrumento particular³, mas tão somente por instrumento público, conforme interpretação a contrario sensu do art. 654 do Código Material Civil.

Ocorre que, *in casu*, na procuração juntada aos autos, a outorga tem sido feita por instrumento particular, não obstante a parte autora não conseguir assinar seu nome, conforme exigência daquele dispositivo legal.

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

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;

³"Acidente de Veículo. Responsabilidade extracontratual. Solidariedade. Não Reconhecimento. Illegitimidade passiva ad causam. Extinção do processo sem resolução de mérito. Impertinente a inclusão no pólo passivo da ação da empresa contratante de serviços de distribuição por ato ilícito praticado por empregado, serviços ou prepostos do agente, diante da ausência de solidariedade prevista em lei ou no contrato. Ação. Analfabeto. Procuração. Instrumento Público. Necessidade. Em se tratando de analfabeto, é obrigatória a procuração por instrumento público. (TJSP – Agravo de Instrumento nº 990.10.453486-0 – Praia Grande – 27ª Câmara de Direito Privado – Rel. Des. Gilberto Leme – Julgado em 07.12.2010) (...) No que tange à regularização processual, anote-se que, em se tratando de analfabeto, a validade do mandato judicial é condicionada à existência de instrumento público, para que se demonstre a efetiva outorga de poderes para a representação em juízo (CC, art. 654). Arnaldo Rizzato assevera que o analfabeto, "por não possuir firma, e, em decorrência, não assinar, o que torna impossível comprovar lhe pertençam os dizeres lançados no instrumento, a forma pública é imprescindível" (op. cit. 687). Arnaldo Wald enuncia que "O analfabeto só pode dar procuração por instrumento público." (Obrigações e Contratos, 13a ed., São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, p. 452). Ao tratar desse tema, Humberto Theodoro Júnior leciona que: "O instrumento público só é obrigatório para os analfabetos ou os que não tenham condições de assinar o nome." (Curso de Direito Processual Civil, vol. I, Forense, 2009, RJ, pág. 102)."



A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a procuração outorgada é eivada de vício não produzindo, assim, nenhum efeito legal⁴.

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

DO MÉRITO

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC⁵.

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 irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

⁴“Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, Apelação Cível nº (2009.001.20283), 10ª Câmara Civil, Julgamento: 30/06/2009. *“Apelação Cível. Ação declaratória de inexistência de débito. Tarifa de esgoto. Autor-apelante que apresenta procuração sem assinatura, tendo lançado mera impressão de digital em instrumento particular de mandato. Mandatário analfabeto que deve outorgar poderes em instrumento público, conforme exegese dos arts. 215, § 2º do Código Civil e 366 do Código de Processo Civil. Inéria injustificada após concessão de prazo para a regularização. Atos processuais inexistentes. Inteligência do arts. 13, inciso I, c/c 37, caput e § único e 38, todos do C.P.C. Recurso do qual não se conhece.”*

⁵“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)



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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir a través 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 vínculo 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 18/12/2016. 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 parciais⁶.

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 STJ⁷.

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.

⁶ 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.

⁷ 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.”



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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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 pátrios⁸, 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.

⁸ "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).



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 citação⁹

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 ação¹⁰

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

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

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

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

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

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

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

⁹“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

¹⁰ art. 1º. (...)

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



- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 25 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:45:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614452213300000059297751>
Número do documento: 20040614452213300000059297751

Num. 60328924 - Pág. 7

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 GRAADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **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 nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE MARIA DA SILVA**, em curso perante a **14ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00587734020198172001.

Rio de Janeiro, 25 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:45:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614452213300000059297751>
Número do documento: 20040614452213300000059297751

Num. 60328924 - Pág. 10



Número: **0058773-40.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/11/2019**

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 |
|---|---|
| JOSE MARIA DA SILVA (AUTOR) | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO) |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU) | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) | |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO) | |

| Documentos | | | |
|--------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 60328 925 | 06/04/2020 14:45 | <u>ANEXO 1</u> | Outros (Documento) |



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu, Zenaide Batista Mendonça da Silva, portador(a) do RG nº 7.078.452, expedido por SOS/PE, em 31/03/14, CPF/CNPJ nº 667.847.864-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) José Morais da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalido da vítima José Maria da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor - se Renda Mensal: R\$ Revisor - se

Documentos comprobatórios: Revisor - se

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03/11/2017

Assinado digitalmente e enviado para SUSEP
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Rua da Aurora, nº 175, Sl 902 BL C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RCF/PE



Declarando do Proprietário de Veículo

Eu, Jose Jefferson Andrade da Silva,

RG: 9.503.575, data de expedição 22/06/2012

Órgão SDS, portador do CPF 102.545.754-47, com

domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Enseada de São João, nº 61,

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Jose Maria da Silva, cujo o conduto era Jose Junior da Silva.

Veículo: Moto

Modelo: Honda / CG 150 TITAN ESP

Ano: 2011

Placa: PEU 8705

Chassi: 9C2KC2650ER532679

Data do Acidente: 28/02/2016

Local e data do cartório: Bezerros 08 FEV. 2017

X Jose Jefferson Andrade da Silva
Assinatura do Declarante

2º Cartório
05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

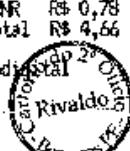
03 NOV. 2017

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima) Reclamante do protesto
Boa Vista - CEP 52000-000
RECIFE-PE

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr. José Nazário, 52 - Centro - Bezerros - PE - Cep: (51) 3728-1102
Matriujo José de Vasconcelos - Tabelião Fazendo

Reconheço a firma por autenticidade de: 08/02/2017 11:58:20
JOSE JEFFERSON ANDRADE DA SILVA, dou fe. Em testemunha _____ da verdade. Oustas R\$ 3,88
Rivaldo de Souza de Lima _____ Escrivente Total R\$ 0,78
Jose Rivaldo Souza de Lima _____ Total R\$ 4,66
Cartão Digital N. 0077727.JXL01201701.03226
Consulte autenticidade em [www.tipe.jus.br/seledigital](http://tipe.jus.br/seledigital)



MS-DATASUS
VERSAO: 13.70

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO ALCIDES DANDRADA LIMA

ESPELHO DA AIH



PAG: 55
DATA: 04/05/2017

O.E: MZ80100001

ESPERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 03 / 2017

Nºm AIH : 261710519150-3

Situação: APURADA

Tipo : 01-INICIAL

Aprendizagem: 03/2017

Doc Autorização: 21 / 12 / 2016

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Órgão Emissor: MZ80100001

CRM:

Doc autorização: 980018003672393

Doc med resp: 204322839720003

Doc diretor clínico: 204322839720003

Doc médico colte: 203780411700001

CNSB : 2344264 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADA LIMA

CNSB : 70500108753605-7

Paciente: JOSE MARIA DA SILVA

Promotoria: 27529

Data Rec. : 10 / 09 / 1992 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Nome do Cid: MARIA CECILIA DA CONCEICAO

Doc : 3618058

Responsável psc: JOSE MARIA DA SILVA

Resp/Cor: 04-AMARELA Ente: 0000-NAO SE APLICA

Resp/Cor: 04-AMARELA Ente: 0000-NAO SE APLICA

Telefone: (81)0372-88717

End Proc.?: NAO

Município: 260100 - BEZERROS

UF : PE CEP: 56660-000

Resid.: 04-AMARELA Ente: 0000-NAO SE APLICA

Telefone: (81)0372-88717

End Proc.?: NAO

Procedimento solicitado: 04.09.05.050-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento principal: 04.09.05.050-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Diag. principal: 8623-FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Diag. secundário:

Complementar:

Correr Aconditamento: 02 - URGENCIA

Causa: 0000

Medicina: HOSPITALAR

Data Informação: 21 / 12 / 2016

Data saída: 23 / 12 / 2016

Medicina: 12 - ALTA MELHORADO

AIH Anterior: -

AIH Posterior: -

Liberado SISAIH01:

[Causas: Entorpecente (Acidente ou Violencia)]

CMAR: -

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| Linha Procedimento | Documento CBD | Quesionário | Anterior | Valor | Cida | Descrição |
|--|---------------|-------------|-----------|--|------|-----------|
| 1 0408050600 204322571060018 225151(1) | 2344254 | 2344254 | 1 12/2016 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA | | |
| 2 0408050600 204322571060018 225151(6) | 2344254 | 2344254 | 1 12/2016 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA | | |
| 3 0408050600 204322571060018 225151(7) | 2344254 | 2344254 | 1 12/2016 | 1 12/2016 FESTE EXTRAMEDULAR ALGUMADA DE TIBIA | | |
| 4 0802010016 | 2344254 | 2344254 | 2 12/2016 | DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM | | |
| 5 242013018 204322839720003 223636 | 2344254 | 2344254 | 3 12/2016 | CURATIVO GHAN II E OU SUCESSIVAMENTE | | |

DADOS DE OPM

| Linha | Nota Fiscal | ONPJ Fornecedor | Leve | Série | Reg. ANVISA | ONPJ Entregante |
|-------|-------------|--------------------|------|-------|-------------|-----------------|
| 3 | 52818 | 41.249.434/0001-07 | | | | |

| Cid SECUNDARIO | Descrição |
|-------------------|--|
| Vici PREEXISTENTE | PEDESTRE TRAUM. EM COL. C/VEIC. A MOTOR DE 23 RODAS - ACIDENTE DE TRANSITO |

Número de Recidiva:

Número de Saida:

Nº Próx:

Vives:

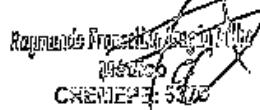
Altas:

Transf.:

Óbito:

"O acordo com a Portaria SASMS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARDBO
DIRETOR DO HOSPITAL

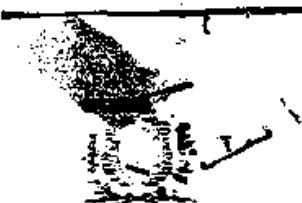

Reginaldo Francisco de Souza
Médico
CNPJ/PE: 53/0

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE
0408050600 204322571060018-41

Hospital Jesus Petuerito

VALMIR YACACAO CORRETORA

VALMIR YACACAO COR



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA

Documentação médica Hospitalar
100067

RESTE  HRA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 284898

Prontuário: 289169

Nome: JOSE MARIA DA SILVA
Data Nasc.: 10/09/1962 Idade: 54 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS Religiao:
CPF: RG: CNS: 705001067536057
Endereço: SITIO PE DE SERRA DE SAO FRANCISCO Nº: 0
Bairro: ZONA RURAL Cidade: PAU-SANTO / CARUARU Estado: PE
CEP: 55100000 Fone: 37199488 9375-2402 Profissao:
Nome da Mae: MARIA CECILIA DA CONCEICAO
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clinica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO Data: 18/12/2016 19:11 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Quixá Principal / HDA:
1º Informal, oculto e autorreferido, dirigido pelo S.4.º
empregado régio e supõe-se em vez
presidente futuro filhote M.º E.

Exame Físico: PA: _____ FC: _____ FR: _____

78. M. D. P. P.
Diag. Provisório: Esclerose tuberosa

✓ Rx to inst AP
✓ Rx Relax AP
Rx: 0.1% tetracaine gel to be used

1984-1985: University of California, Berkeley

118

26 ABR. 2011

Rua da Aurora, Nº 175, St. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PESSOA/RS



**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA**



05.802-427/001
USUÁRIO DO ATENDIMENTO
ROANGELASSB
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 ABR. 2012

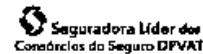
Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIF-PE



| | | | | |
|---|---------------------|---|--|---|
|  SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | | | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA | | 2 - CNES 2427419 | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | 4 - CNES _____ | | |
| Identificação do Paciente | | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE Jair Maria da Silva | | 6 - PRONTUÁRIO 289169 | | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO / / / | | 9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> |
| 10 - RAÇA/COR _____ | | 11 - NOME DA MÃE _____ | | |
| 12 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE DDD _____ | | 13 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ | | |
| 14 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE DDD _____ | | 15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) Canavieira - Pau - Seco | | |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Canavieira - Pau - Seco | | 17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 146 | | 18 - CEP _____ |
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Dores de cabeça e náuseas devido a acidente motorizado na Rua Silviano Braga no dia 18/02/2020. Nega cintil, desmaios ou quaisquer outros sintomas.</i> | | | | |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Internamento clínico</i> | | | | |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exames de Alergias</i> | | | | |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Internação de Alergias | | 24 - CID 10 PRINCIPAL B | | 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 0 |
| 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 0 | | 27 - CODIGO DO PROCEDIMENTO 0 | | |
| 28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Atendimento clínico de Alergias | | 29 - CLÍNICA 0 | | |
| 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 0 | | 31 - DOCUMENTO ICNS | | |
| 32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 0 | | 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Jair Maria da Silva | | |
| 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 18/02/2020 | | 35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 0 | | |
| 36 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA) | | | | |
| 37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | 40 - CNPJ DA SEGUROADORA 0 | | 41 - SÉRIE 0 |
| 42 - CNPJ EMPRESA 0 | | 43 - CNAE DA EMPRESA 0 | | |
| 44 - CBOR 0 | | 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURO | | |
| AUTORIZAÇÃO | | | | |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR | | 47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR 0 | | |
| 48 - DOCUMENTO ICNS | | 49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 0 | | |
| 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 0 | | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 0 | | |
| DATA DE EMISSÃO 26 ABR. 2019 | | | | |
| 52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0 | | | | |
| Rua da Aurora, N.º 175, SL 902 BL. C Boa Vista - CEP: 50.060-030 | | | | |



PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425650/17

Vítima: JOSE MARIA DA SILVA
CPF: 020.973.154-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/12/2016
Titular do CPF: JOSE MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/04/2018
Nome: ZENAIDE BATISTA MENDONÇA DA SILVA
CPF: 667.847.864-91

ZENAIDE BATISTA MENDONÇA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/04/2018
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso



05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PF





05.802.494/0001-47
TRAÇÃO CORRETURA
DE SEGUROS LTDA

83 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECICLAR



| | |
|--|--|
| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS COTAS | |
| DETAN-PE N° 012238956214 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO | |
| -VIA- COD. RE-NAVAM- DATA- EXERCÍCIO- 1 026561509 ***** 2016 | |
| NOME: JOSE JEFFERSON ANDRADE DA SILVA CARUARU-PE | |
| OFICINA: 102.545.754-97 PLACA: PEU6705 PLACA/ANT/UF: 9C2F026508R531679 | |
| ESPECIE/TIPO: PLS MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL | |
| MARCA/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD ANO/FAB: 2011 ANO MDO: 2011 | |
| CAP/POD/CIL: 29/149CL CATEGORIA: P/ARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHO | |
| COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS I IPVA 2016 QUITADO 1 ***** P PAXIA IPVA PARCELAGEM/COTAS 2 ***** V V 3 ***** A 1 | |
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO SEGURO PAGO | |
| OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA | |
| LOCAL: CARUARU-PE DATA: 21/10/16 | |
| Charles Andrews Souza, Ribeiro DELEGADO P/ PAGAMENTO DE IPVA/DPVAT | |
| PIB N° 012238956214 BILHETE DE SEGURO DPVAT JOSE JEFFERSON ANDRADE DA SILVA | |
| 2016 E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARCELA AS INFORMAÇÕES, LEIA AS VERSO AS CONDIÇÕES, CUSTOS E CONCEITUA INFORMAÇÕES SOBRE A COBERTURA, COMO GAC DPVAT CBO 028 1206 | |
| EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 21/10/16 COD. 1 102.545.754-97 PLACA: PEU6705 RE-NAVAM: 026561509 MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN ESD ANO/FAB: 2011 CATEGORIA: P/ARTIC N° CHASSI: 9C2F026508R531679 PRÉMIO TARIFÁRIO 10F (R\$) 10F (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$) CUSTO DO BILHETE (R\$) 10F (R\$) TOTAIS PAGO SEGURO (R\$) PAGAMENTO: DATA DE OUTAÇÃO: COTA UNICA PARCELAGEM | |
| SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ: 63.248.606/0001-04 www.sicredi.com.br/dpvat PEÇA AQUELE GUARDE O BILHETE DPVAT FAZ MÁO IR TIRAR PORTA CONTA NO BANCO | |

03 JULY, 2017
 Rua da Aurora, nº 75, s/n 902-861
 Boa Vista - CEP: 59006-010
 RECIFE-PE
 05.802.494/0001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170592762 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 18/12/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: NÃO INFORMADO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS EXISTENTES.

APRESENTAR BAM - BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO COM DESCRIÇÃO DAS LESÕES AGUDAS E DAS CONDUTAS MÉDICAS TOMADAS PARA CORRIGI-LAS.

APRESENTAR PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO.

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170592762 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 18/12/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE Perna ESQUERDA

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | | Total | 0 % |
| | | | | |

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:45:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614452225900000059297752>
Número do documento: 20040614452225900000059297752

Num. 60328925 - Pág. 12

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170592762 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 18/12/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura cominutiva do terço médio da diáfise da tibia e terço médio distal da fíbula esquerdas

Descrição do exame Vítima com queixa de dor no joelho esquerdo. Ao exame, apresenta marcha claudicante (+/+4) e flexão à 70° em **médico pericial:** joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico, osteossíntese com haste intramedular.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 | |

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:45:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614452225900000059297752>
Número do documento: 20040614452225900000059297752

Num. 60328925 - Pág. 13

Cartório de Notas e Protesto de Tít

Mauricio José de Vasconcelos

Tabelião

Rua Dr. José Mariano, 62, Centro - CEP: 55660-000 - Bezerros - PE.
Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br



Comprovante da sua identidade

LIVRO: 266-P - FOLHA: 075

TRASLADO: 1°

PROCURAÇÃO-bastante que faz **JOSÉ MARIA DA SILVA**, na forma abaixo:

S A I B A M/ quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos vinte e cinco (25) dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2.º Ofício a meu cargo à Rua Dr. José Mariano, n.º 62, compareceu como outorgante: **JOSÉ MARIA DA SILVA**, brasileiro, solteiro, capaz, analfabeto, marteleteiro, nascido em 10-09-1962, portador da CIRG nº 3.619.085-SDS/PE, e do CPF/MF nº 020.973.154-02, residente e domiciliado no SITIO PE DE SERRA DE SÃO FRANCISCO, 570-B, ZONA RURAL, CARUARU - PE, CEP: 55000-000; reconhecido de mim, tabelião, e por ele me foi dito, que por este público instrumento, e nos termos de DIREITO nomeia e constitui sua bastante procuradora: **ZENAIDE BATISTA MENDONÇA DA SILVA**, brasileira, solteira, alfabetizada, agricultora, nascida em 12-09-1970, portadora da CIRG nº 7.078.452-SDS/PE, e do CPF/MF nº 667.847.864-91, residente e domiciliada no mesmo endereço do outorgante; a quem confere poderes específicos para representar o outorgante perante as **SEGURADORAS** que constituem o **CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Rogando para isso assinar quaisquer documentos que se façam necessários; cumprir exigências; obedecer os rituais, apresentar e exibir documentos e praticar tudo mais para o fiel cumprimento do presente mandado e finalidade. Para o que, ainda, lhe são outorgados todos os poderes que não expressos, mas que sejam implícitos e decorrentes da finalidade deste mandado. Em fé da verdade assim o disse e outorgou e, sendo-lhe esta lida por mim, Tabelião, accita e assina a presente. Dispensada a presença e a assinatura das testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo do outorgante por ser analfabeto que deixa a margem sinais digitais, assina Janaina Patricia de Melo, brasileira, portadora do RG. nº 4.828.858-SSP/PE e CPF/MF nº 027.006.854-66, residente e domiciliada, nesta cidade. **Emolumentos líquidos R\$ 58,09; T.S.N.R.(20%) R\$ 12,91; FERC: R\$ 6,46.** Eu, (a) Marinaldo José de Vasconcelos, Tabelião Substituto a digitei, subscrevo e assino. Bezerros(PE), 25 de agosto de 2017. (a) **JANAÍNA PATRÍCIA DE MELO**. Copiado fielmente do original; **dou fé**. **Esta procuração somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização** apostado abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: **0077727.LVH07201701.04050**. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Bezerros(PE), 25 de agosto de 2017.

Em testemunho (s) da verdade.

Marinaldo José de Vasconcelos
Marinaldo José de Vasconcelos - Substituto

05.602.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

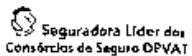
03 AGO. 2017

2º TABELIÃO de NOTAS
Bezerros - PE
Marinaldo José de Vasconcelos
Substituto

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
QFMF/PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425650/17

Vítima: JOSE MARIA DA SILVA

CPF: 020.973.154-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/12/2016

Titular do CPF: JOSE MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE MARIA DA SILVA : 020.973.154-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA : 667.847.864-91
Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvalseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

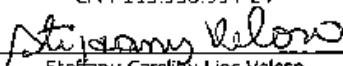
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/11/2017
Nome: ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA
CPF/CNPJ: 667.847.864-91

ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/11/2017
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3170592762**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE MARIA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

ST PE DE SERRA DE S?O FRANCISCO, 570 - ST PÉ DE SERRA - Caruaru - PE - CEP 55031-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds /PE**] **3619085**

Data e local do acidente: [**18/12/2016**] **caruaru**

Data e local do exame: [**11/05/2018**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura cominutiva do terço médio da diáfise da tibia e terço médio distal da fibula esquerda

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

Submetido a tratamento cirúrgico, osteossíntese com haste intramedular.

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

Vítima com queixa de dor no joelho esquerdo. Ao exame, apresenta marcha claudicante (+/+4) e flexão à 70° em joelho esquerdo.

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

[**X**] Sim [] Não

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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



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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2017

Carta nº: 11931237

A/C: JOSE MARIA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170592762 ASL-0425650/17

Vitima: JOSE MARIA DA SILVA

Data Acidente: 18/12/2016

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE MARIA DA SILVA
Nº Sinistro: 3170592762

Vitima: JOSE MARIA DA SILVA
Data do Acidente: 18/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170592762**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo

Pag. 00239/00240 - carta_03 - INVALIDEZ



00660120

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12100382



Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE MARIA DA SILVA

Nº Sinistro: 3170592762

Vitima: JOSE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 18/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

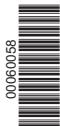
Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170592762**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 0015/00116 - carta_03 - INVALIDEZ



00660058

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12388922



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:45:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614452225900000059297752>
Número do documento: 20040614452225900000059297752

Num. 60328925 - Pág. 20

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE MARIA DA SILVA

Sinistro: 3170592762
Vítima: JOSE MARIA DA SILVA
Data do Acidente: 18/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170592762** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Carta nº: 12839676

A/C: JOSE MARIA DA SILVA

Nº Sinistro: 3170592762
Victima: JOSE MARIA DA SILVA
Data do Acidente: 18/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ

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: JOSE MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 0000034014-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDEN



AT

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, *Jose Maria da Silva*

PORTADOR(A) DO RG N° 3.619.085 EXPEDIDO POR SDS/PE EM 19/11/16 E
CPF 0200933456-00 /CNPJ 00000000-0000-000, PROFISSÃO Desconhecido
E RENDA MENSAL DE R\$ Requisito (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURADO DPVAT DA VÍTIMA Jose Maria da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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.

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 ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotérica com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento 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 Sínistros 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 POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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 SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Caruaru 19 de Setembro de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
Rua da Aurora, nº 175, Centro, Bauru

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

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 11.915/2009) 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.



Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Mauricio José de Vasconcelos

Tabelião

Rua Dr. José Mariano, 62, Centro - CEP: 55660-000 - Bezerros - PE.
Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriohezerros@yahoo.com.brLIVRO N° 246-EFLS. 001Traslado: 1ºESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO

SAIBAM, quantos este público instrumento de escritura de Declaração virem que, aos três (3) dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezoito (2018), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício a meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, nº 62, compareceu como outorgante Declarante: **JOSÉ MARIA DA SILVA**, brasileiro, solteiro, marteleteiro, analfabeto, nascido em 10-09-1962, filho de Francisco Fortunato da Silva e de dona Maria Cecilia da Conceição, portador da Cédula de Identidade RG. nº 3.619.085-SDS/PE., e do CPF/MF. nº 020.973.154-02, residente e domiciliado no Sítio Pé de Serra de São Francisco, 570-B, zona rural do município de Caruaru - PE., CEP: 55000-000; reconhecido por mim Tabelião, mediante a apresentação de documentos públicos de identificação; do que dou fé. E, pelo Declarante, falando sob as penas da Lei para fazer prova perante órgãos públicos e/ou privados, em especial perante o Seguro DPVAT, me foi declarado que é residente e domiciliado no Sítio Pé de Serra de São Francisco, 570-B, zona rural do município de Caruaru - PE., CEP: 55000-000, e que existe no município onde reside Instituto Médico Legal - IML, e que realiza perícia médica com prazo superior a noventa (90) dias, declarando ainda, possuir conta na Caixa Econômica Federal - Agencia 0051, conta poupança de nº 34014-6. Declara estar ciente de que caso esta declaração não traduza a expressão da verdade, terá de ressarcir a Seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de responder criminalmente, por infração do art. 299, do Código Penal Brasileiro. Assim o disse, outorgou e aceitou, pediu-me a presente escritura que lhe sendo lida e achada conforme assinada, dou fé. Certifico que foram observadas todas as exigências prescritas pelo art. 215 do Código Civil Brasileiro, ficando dispensadas as testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. Ato de Declarante por ser analfabeto que deixa a margem sinal digital, assina Zenaide Batista Mendonça da Silva, brasileira, solteira, agricultora, nascida em 12-09-1970, portadora da Cédula de Identidade RG. nº 7.078.452-SDS/PE., e do CPF/MF. nº 667.847.864-91, residente e domiciliada no Sítio Pé de Serra de São Francisco, 570-B, zona rural do município de Caruaru - PE., CEP: 55000-000; dou fé. Emolumentos líquidos: R\$ 147,74; FERC: R\$ 16,42; TSNR: R\$ 32,83. (a) Mauricio José de Vasconcelos, Tabelião de Notas a digitei, subscrevo e assino. Bezerros, 03 de janeiro de 2018. (a) ZENAIDE BATISTA MENDONÇA DA SILVA. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta escritura somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização aposto abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: **0077727.AOX12201701.04459**. Consulte autenticidade em WWW.tjepe.jus.br/selodigital.

Bezerros(PE), 03 de janeiro de 2018.
Em testemunha:

Mauricio José de Vasconcelos - Tabelião de Notas.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425650/17
Vítima: JOSE MARIA DA SILVA
CPF: 020.973.154-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/12/2016
Titular do CPF: JOSE MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE MARIA DA SILVA : 020.973.154-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da Indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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 da segura prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

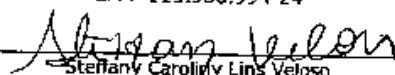
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/01/2018
Nome: ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA
CPF: 667.847.864-91

ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2018
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14^a DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 17E0045004188

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/08/2017** às **15:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **18/12/2016** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 01, SITIO PAU SANTO, ZONA RURAL -**
Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.. (AUTOR / AGENTE)
JOSE MARIA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA CECILIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento: **10/9/1962** Naturalidade: **JUREMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3619085/SDS/PE (RG), 02097315402 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 570, SITIO PE DE SERRA DE SÃO FRANCISCO, ZONA RURAL -**
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

.. - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MARIA DA SILVA** Placa: **PEU8705** Número: **05-802-494/0001-4**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não** Tração: **CORRETORA**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)** DE SEGUROS LTDA

Placa: **PEU8705** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **328561509** Chassi: **9C2KC1650BR591619** Ano: **2017**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **PROPRIETARIO: JOSE JEFFERSON ANDRADE DA SILVA**

Rua da Aurora, N° 175, S/ 902 BL-C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Complemento / Observação

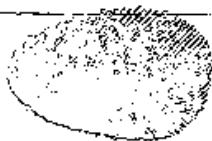
09/08/2017 15:48



A VITIMA NOTICIA QUE NA DATA E HORARIOS ACIMA DESCritos, ELE VITIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, AO COLIDIR COM UM "MONTANTE" DE AREIA, DEIXADA NA VIA, CAINDO EM SEGUIDA AO CHÃO; QUE ELE VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste, ONDE FICOU INTERNADO E DIAS APÓS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINHO NA CIDADE DE BEZERROS - PE, LOCAL ESTE ONDE A VITIMA FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS CIRURGICOS COMO0 CONSTA NAS DECLARAÇÕES APRESENTADAS PELO MESMO NESTA DEPOL, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

**JOSE MARIA DA SILVA
(VITIMA)**



B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matricula: **1581678**

09/08/2017 15:41



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:45:22
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614452225900000059297752>
Número do documento: 20040614452225900000059297752

Num. 60328925 - Pág. 27

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, José Maria da Silva, portador da carteira de identidade nº 13.619.085 e inscrito no CPF/MF sob o nº 020.073.154-02, residente e domiciliado na 5º Pt de Senra de São Francisco, Cidade Parauapebas, Estado PA, 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:

- 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.

José Maria da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Parauapebas, 19/09/17 05.802.494/0001-41

Local e data

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03/09/2017

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BLC
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) JOSÉ MARIA DA SILVA CPF-020.973.154-02 e RG-3619085 SDS/PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1612180175 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, ao(a) mesmo(a) no dia 18/12/16 às 18h e 01min, no endereço Sítio Pau Santo, CARUARU/PE, com queixa de ACIDENTE DE MOTO tendo sido enviada a UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a para a HRA. Esta declaração foi entregue a Sr.^a ZENAIDE BATISTA MENDONÇA DA SILVA CPF-667.847.864-91 e RG-7078452 SDS/PE.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 19 de Janeiro de 2017
19/01/2017
Bajine Gouveia
Gerente Administrativo do SAMU
Bajine Gouveia.
Gerente Administrativo do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 20/1/17

Zenaide Batista Mendonça da Silva
05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



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: 16/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000034014-6

Nr. da Autenticação 6E6F108821E869CA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 14:45:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040614452225900000059297752>
Número do documento: 20040614452225900000059297752

Num. 60328925 - Pág. 30



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Maria da Silva

RG nº 13.619.085, data de expedição 19/11/12, Órgão SNSIPE.

CPF nº 020.073.154-02, 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) | <u>5^{ta} Pje de Senra de São Francisco</u> |
| Número | <u>570</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Sítio Pe de Senra</u> |
| Cidade | <u>Parauapebas</u> |
| Estado | <u>PA</u> |
| CEP | <u>65500-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(61) 9 9668-4814 / 9.9258-3087</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Parauapebas, 19/09/17

Assinatura do Declarante: Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 NOV. 2017

Rua da Aurora, nº 175, Sl 902 Bl. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RFCIIF-01





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Zenaide Batista Mendonça da Silva,
RG nº 7.078.452, data de expedição 31/03/14, Órgão SDS/PE,

CPF nº 667.847.864-91, 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) | <u>SC pe de Serra de São Francisco</u> |
| Número | <u>570</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Selos pe de Serra</u> |
| Cidade | <u>Paraná</u> |
| Estado | <u>PE</u> |
| CEP | <u>55000-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(81) 9.9668-4811 / 9.9258-3087</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Paraná, 19/09/17

Assinatura do Declarante: Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 NOV. 2017

Rua da Aurora, nº 175, 5º 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Zenaide Batista Mendonça da Silva

RG nº 7.078.452, data de expedição 31/03/14, Órgão SDS

CPF nº 667.847.864-91 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) | <u>SL Pe de Serra de São Francisco</u> |
| Número | <u>570</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Sítio Pe de Serra</u> |
| Cidade | <u>Panambi</u> |
| Estado | <u>Pernambuco</u> |
| CEP | <u>55000-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(81) 2668-4819</u> |
| E-mail | |

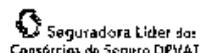
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Panambi 23/11/2017

Assinatura do Declarante: Zenaide Batista Mendonça da Silva



PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425650/17
Vítima: JOSE MARIA DA SILVA
CPF: 020.973.154-02
CPF de: Próprio
Data do Acidente: 18/12/2016
Titular do CPF: JOSE MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

ZENAIDE BATISTA MENDONÇA DA SILVA : 667.847.864-91
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

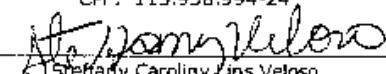
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/12/2017
Nome: ZENAIDE BATISTA MENDONÇA DA SILVA
CPF: 667.847.864-91

ZENAIDE BATISTA MENDONÇA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2017
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Carolyn Lins Veloso



Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Mauricio José de Vasconcelos

Tabelião

Rua Dr. José Mariano, 62, Centro – CEP: 55660-000 - Bezerros – PE.
Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br



LIVRO N° 246-E

FLS. 001

Translado: 1º

ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO

SAIBAM, quantos este público instrumento de escritura de Declaração virem que, aos três (3) dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezoito (2018), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício a meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, nº 62, compareceu como outorgante Declarante: **JOSÉ MARIA DA SILVA**, brasileiro, solteiro, marteleteiro, analfabeto, nascido em 10-09-1962, filho de Francisco Fortunato da Silva e de dona Maria Cecília da Conceição, portador da Cédula de Identidade RG. nº 3.619.085-SDS/PE., e do CPF/MF. nº 020.973.154-02, residente e domiciliado no Sítio Pé de Serra de São Francisco, 570-B, zona rural do município de Caruaru - PE., CEP: 55000-000; reconhecido por mim Tabelião, mediante a apresentação de documentos públicos de identificação; do que dou fé. E, pelo Declarante, falando sob as penas da Lei para fazer prova perante órgãos públicos e/ou privados, em especial perante o Seguro DPVAT, me foi declarado que é residente e domiciliado no Sítio Pé de Serra de São Francisco, 570-B, zona rural do município de Caruaru - PE., CEP: 55000-000, e que existe no município onde reside **Instituto Médico Legal – IML**, e que realiza perícia médica com prazo superior a noventa (90) dias, declarando ainda, possuir conta na **Caixa Econômica Federal – Agencia 0051**, conta poupança de nº 34014-6. Declara estar ciente de que caso esta declaração não traduza a expressão da verdade, terá de ressarcir a Seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de responder criminalmente, por infração do art. 299, do Código Penal Brasileiro. Assim o disse, outorgou e aceitou, pediu-me a presente escritura que lhe sendo lida e achada conforme assina; dou fé. Certifico que foram observadas todas as exigências prescritas pelo art. 215 do Código Civil Brasileiro; ficando dispensadas as testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo do declarante por ser analfabeto que deixa a margem sinais digital, assina Zenaide Batista Mendonça da Silva, brasileira, solteira, agricultora, nascida em 12-09-1970, portadora da Cédula de Identidade RG. nº 7.078.452-SDS/PE., e do CPF/MF. nº 667.847.864-91, residente e domiciliada no "Sítio Pé de Serra de São Francisco, 570-B, zona rural do município de Caruaru - PE., CEP: 55000-000; dou fé. Emolumentos líquidos: R\$ 147,74; FERC: R\$ 16,42; TSNR: R\$ 32,83. Eu, (a) Mauricio José de Vasconcelos, Tabelião de Notas a digitei, subscrevo e assino. Bezerros, 03 de janeiro de 2018. (a) ZENAIDE BATISTA MENDONÇA DA SILVA. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta escritura somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização apostado abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: **0077727.AOX12201701.04459**. Consulte autenticidade em WWW.tjpe.jus.br/selodigital.



Bezerros(PE), 03 de janeiro de 2018

Em testemunho

Mauricio José de Vasconcelos – Tabelião de Notas.

29 JAN 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C...
São Bento - CEP: 56.060-010