



Número: **0015011-37.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/03/2020**

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	
JOSE ANDRE DE LIRA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62342406	22/05/2020 14:41	2721964_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00150113720208172001

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 ANDRE DE LIRA**, 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 **04/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 16/04/2019.

Cumprido 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 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, CPC³.

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

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"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)



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue 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.”

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.

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 **04/12/2018**. 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%.

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)**.

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.”



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

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.**

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.

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.



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 maio de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (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/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 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 **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE ANDRE DE LIRA**, em curso perante a **11ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00150113720208172001.

Rio de Janeiro, 18 de maio 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: **0015011-37.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/03/2020**

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	
JOSE ANDRE DE LIRA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62342407	22/05/2020 14:41	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Glauco da Silva Coutinho inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.648.794 / 51 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José André de Lira inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.342.794 / 83, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima José André de Lira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.342.794 / 83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua da Delegacia</u>		Número <u>317</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>Limoeiro</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.700-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(87)</u> <u>99938-8886</u>

Limoeiro, PE, 27 de Maio de 2019.
Local e Data

Glauco da Silva Coutinho
Assinatura do Declarante

KOTÉ SEGUROS
Erica Araujo
27/05/19

DLDR.001 V001/2017





Governo Municipal

JOÃO ALFREDO
JUNTOS CONSTRUÍMOS MAIS

PREFEITURA DE JOÃO ALFREDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA JOANA AMELIA CAVALCANTI

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓD. DA UNID. 2715287 | CNPJ: 11.097.359/0001-45 | DATA ATEND. 04/12/18 | HORA ENT.: 27:32

PACIENTE: Jose Andre de Souza | SEXO: M | IDADE: 26-04-83

ENDEREÇO: lot 1003 zona | MUNICÍPIO: J.A

R.G.: | RESPONSÁVEL: Mar Severina Souza de Souza

P.A.: 230x90 | TEMPERATURA: 36.0° | PULSO:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Paciente virou de resgate por
trauma (carro) em repós ambulator de ferido

PROTESE DE DIAGNÓSTICO:

isquemia em MIE

TIPO DE ATENDIMENTO:

ATEND. URG./EMERG.

CONSULTA SIMPLES

OUTROS

ENCAMINHAMENTO:

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

ÓBITO

INTERNAMENTO

RESID.

OUTROS

SERVIÇO REALIZADO:

COD. PROCEDIMENTO

ATIV. PROF.

TIPO

GRUPO

FAIXA

CONDUITA MÉDICA:

- stun
- stun no x

Transferido p/ Hospital opaco de ferido 5570200

ASS. MÉDICO/CARIMBO

ASS. RESPONSÁVEL ORIENTADOR

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
27/09/19





Governo Municipal
**JOÃO
ALFREDO**
JUNTOS CONSTRUÍMOS MAIS

PREFEITURA DE JOÃO ALFREDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista Joana Amélia Cavalcanti

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

Unidade Mista Joana Amélia Cavalcanti

UNIDADE DE DESTINO:

Hospital Otávio de Freitas 5570200

DADOS DO PACIENTE

NOME: JOSÉ ANDRÉ DE LIMA 35 anos

CPF

IDENTIDADE

DATA NASCIM.

SEXO

FEM__ MASC__

HISTÓRIA CLÍNICA

Zacuta apontando fratura fechada em
tornozelo esquerdo (distal). Paciente estável
em bom estado geral, consciente,
ansioso, eufórico,

CONDUTA INICIAL:

EXAMES REALIZADOS:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de fêmur esquerdo distal

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

DATA DA TRANSFERÊNCIA:

Dr. Marcelino M. P. Junior
Médico
CRM-PE 20.530

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
21/05/20





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME PACIENTE: JOSE ANDRE DE LIRA		Nº DO REGISTRO: 1074748
CLINICO: ORTOPEDISTA		Nº DO LEITO: 13-02
OPERADOR: DR DANIEL CAMPOS		
1º ASSISTENTE: DR TULIO PORTO	2º ASSISTENTE: DR RICARDO VILLAR	
INSTRUMENTADOR: CINTIA	ANESTESISTA: DRA VERA	
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA + BLOQUEIO	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 15/01/2019	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO + OSTEOTOMIA DE FÊMUR + RADIOSCOPIA		
OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÃO LATERAL EM COXA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS
5. EXPOSIÇÃO DE FOCO DE FRATURA SUPRACONDILIANA DE FÊMUR + IDENTIFICADO CALO ÓSSEO IMPORTANTE
6. OSTEOTOMIA DE FÊMUR
7. REDUÇÃO DE FRATURA ARTICULAR DE FÊMUR + FIXAÇÃO COM PARAFUSO
8. REDUÇÃO DE FRATURA SUPRACONDILIANA DE FÊMUR E COLOCAÇÃO DE PLACA LISS + FIXAÇÃO COM PARAFUSOS BLOQUEADOS E CORTICAIS
9. LIMPEZA COM SF0,9%
10. APOSIÇÃO DE DRENO
11. SUTURA POR PLANOS
12. CURATIVO

EMPRESA:	MATERIAL USADO:
ORTOMEDICA	01 PLACA ANATOMICA BLOQUEADA PARA FEMUR DISTAL EM TITANEO 08 PARAFUSOS BLOQUEADOS 01 PARAFUSO CORTICAL 01 PARAFUSO ESPONJOSO

RICARDO JIMENA VILLAR
Médico
CRM-PE 28400
KOTE SEGUROS
Erica Araujo
27/01/19





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JOSE ANDRE DE LIRA
Sexo: MASCULINO
Mãe: SEVERINA LUIZA DE LIRA
Endereço: LOTEAMENTO DONA DONZINHA, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: JOAO ALFREDO - UF: PE
Idade: 35 Anos 7 Meses 18 Dias
Nasc: 16/04/1983
CNS: 705403407185691
Contatos: 81. 96521342 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 04/12/2018 20:27
Prontuário: 1074748
Nº. Atendimento: 3274544
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

Queixa Principal

lesão por esmagamento as 16h com dor e deformidade em joelho esquerdo

História Clínica

lesão por esmagamento as 16h com dor e deformidade em joelho esquerdo

Exame Físico

dor + edema + deformidade em joelho esquerdo
pulso +

Observações

Conduta

internamento

EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOLO E SILVA - CRM: Nº.61044

[Handwritten signature]
21/01/19

[Handwritten signature]
Dr. Eduardo Caraciolo
Médico - Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 11603 TEOTY4142

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
21/01/19

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejupió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





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 OTAVIO DE FREITAS	2- CNES 426	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES 426
Identificação do Paciente			
5- NOME DO PACIENTE JOSE ANDRE DE LIRA	6- Nº DO PRONTUÁRIO 1074748	7- (CNES) 705403407186691	8- DATA DE NASCIMENTO 16/04/1983
9- SEXO MASCULINO	11- NOME DA MÃE DO PACIENTE SEVERINA LUIZA DE LIRA	12- TELEFONE DE CONTATO 81. 96521342 Celular: 81.	
13- NOME DO RESPONSÁVEL		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO DO PACIENTE LOTEAMENTO DONA DONZINHA, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: JOAO ALFREDO - UF: PE			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

dor e deformidade em Joelho esquerdo após esmagamento.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura exposta de femur

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL FRATURAS DE OUTRAS PARTES DO FEMUR - S72S		21- CID 10 SECUNDÁRIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26- CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGENCIA E EMERGENCIA	
28- CNES DO CBO 29- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR) EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOLO E SILVA - CRM: Nº.61044		31- DATA DA SOLICITAÇÃO 04/12/2018	
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE	38- SÉRIE
☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	49- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA	41- CBO
☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
☐ EMPREGADO	☐ EMPREGADOR	☐ AUTÔNOMO	☐ DESEMPREGADO
☐ APOSENTADO		☐ NÃO SEGURO	

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	47- DATA DA AUTORIZAÇÃO	48- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44- COD ORGAO EMISSOR	46- Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
27/09/19





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: JOSÉ ANDRÉ DE LIRA		Nº DO REGISTRO: 1074748
CLÍNICO: ORTOPEDIA		Nº DO LEITO: 13-02
OPERADOR: DR ALEXANDRE RODRIGUES		
1º ASSISTENTE: DR ULYSSES MACEDO	2º ASSISTENTE:	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DRA VERA VICTOR	
ANESTESIA: SEDAÇÃO	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 10/01/2019	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE FEMUR DISTAL E		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO E + PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM TIBIA E		
OPERAÇÃO REALIZADA: A PROPOSTA		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. RETIRADA DE FIXADRO EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO E
5. PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM TIBIA ESQUERDAP
6. CURATIVO
7. A SR

Ulysses Barbosa
Ortopedia Traumatologia
CRM 20521

KOTE SEGURO:
Erica Araujo
27/09/19





SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:		ferr Andre de Lima	
CLÍNICA:		Traumatologia	
		ENF.:	13
		LEITO:	2
DATA	HORA	EVOLUÇÃO	
10/04/19		Paciente submetido a cirurgia, internar no leito às 11:30, S/A. 2/4 (4/4 S/A) 2/4 foi cirúrgico em HSE, segue em cuidados.	
11/04/19		Fisioterapia Motora (030205001-9) Paciente no quadro de nova cirurgia, muito momentânea das articulações livres. Julia Rodrigues Fisioterapeuta CREFITO 134625-F	
KOTE SEGUROS Erica Araujo 27/04/19		HOF Realizado exames Radiológicos para Cox - em 11/04/19 Reg. Ass. Jucilene Cor	
12/04/19		EGR, consciente, orientado, hidratado, AVP HSD, fio K em HSE.	
12/04/19		EGR, consciente, orientado, hidratado, AVP HSD, fio K em HSE. Rita Rocha do R. B. Men Enfermeira COREN PE 137462	
15.04.2019		Fisioterapia Motora (030205001-9) Aguarda cirurgia para hoje, dar orientações sobre posicionamento no POR e realizar fisioterapia ativa em art. livres Ana Carolina Barros Fisioterapeuta CREFITO 26.478	
16-4-19		Paciente de SRPA, consciente, hidratado, AVP HSD, diurético + diurese normal, fio K em HSD. Aguarda coleta Hemograma (Laboratório Clínico) -	

003-HGOF

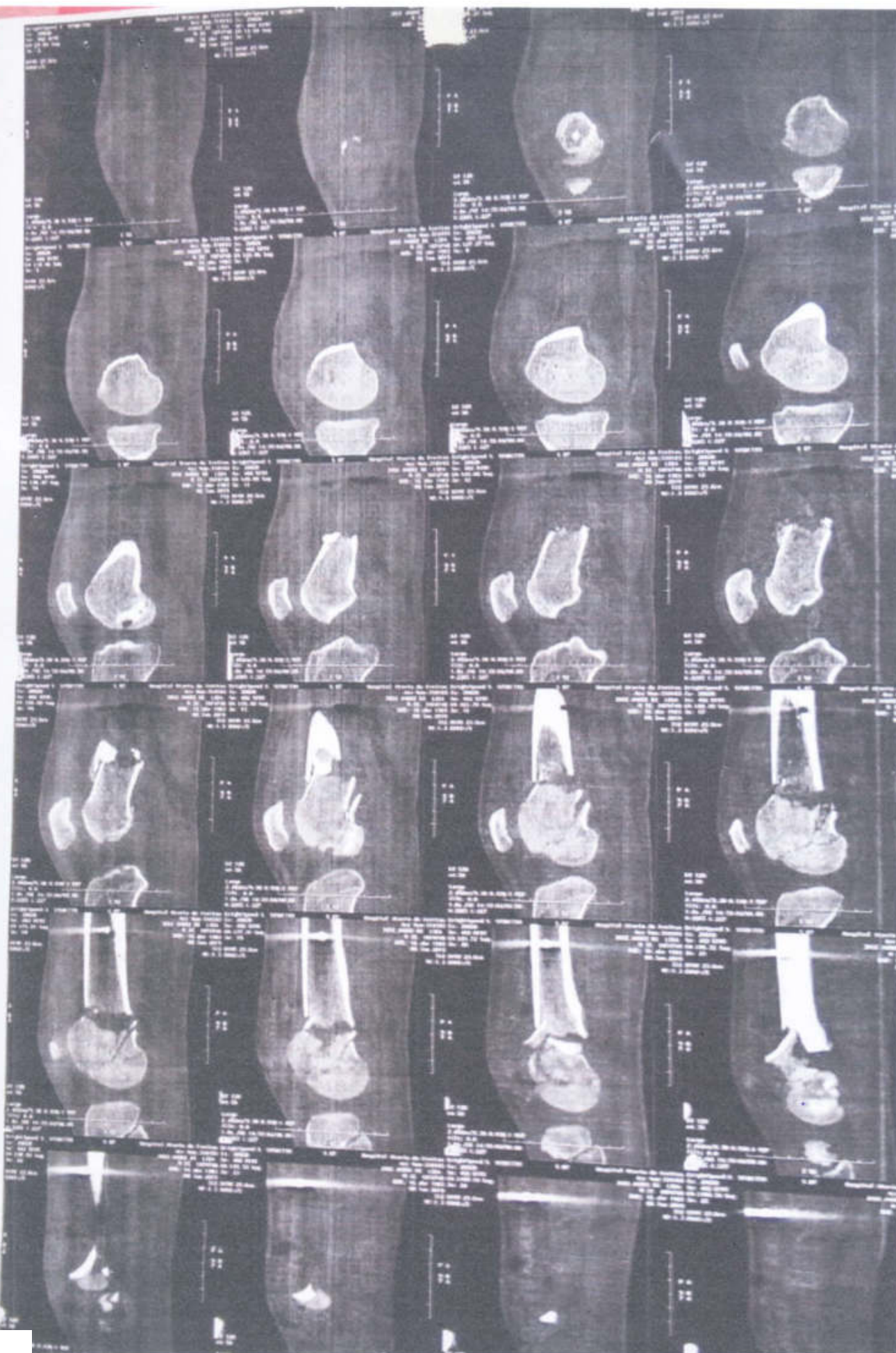
DATA	HORA	EVOLUÇÃO
15/01/19		CGR, consciente, orientado, hidratado, normotensionado, PR3 - HSE, membros inferiores - HSE CI, choro funcional (diálise hemodialise), diálise clara por SVD. Resposta do R. B. Mello Enfermeira CARENPE 137482
16/01/19		Fimologia Motora 030705001-91 Paciente no 1º DPO, orientado parcialmente de HSE, manutenção de aparelhos, diálise. Julia Rodrigues Fisioterapeuta CARENPE 137482
17/01/19		Paciente admitido em CGR, consciente, orientado, hidratado, normotensionado, PR3 - HSE, membros inferiores - HSE CI, choro funcional (diálise hemodialise), diálise clara por SVD. Julia Rodrigues Fisioterapeuta CARENPE 137482
18/01/19		Fimologia Motora 030705001-91 Paciente 3º DPO, orientado quanto os xerúcos para serem realizados no domicílio para ganho de ADM em pelha E, manutenção, parcialmente de HSE. Julia Rodrigues Fisioterapeuta CARENPE 137482
18-1-19		Sau de alta hospitalar - Joelma Lima

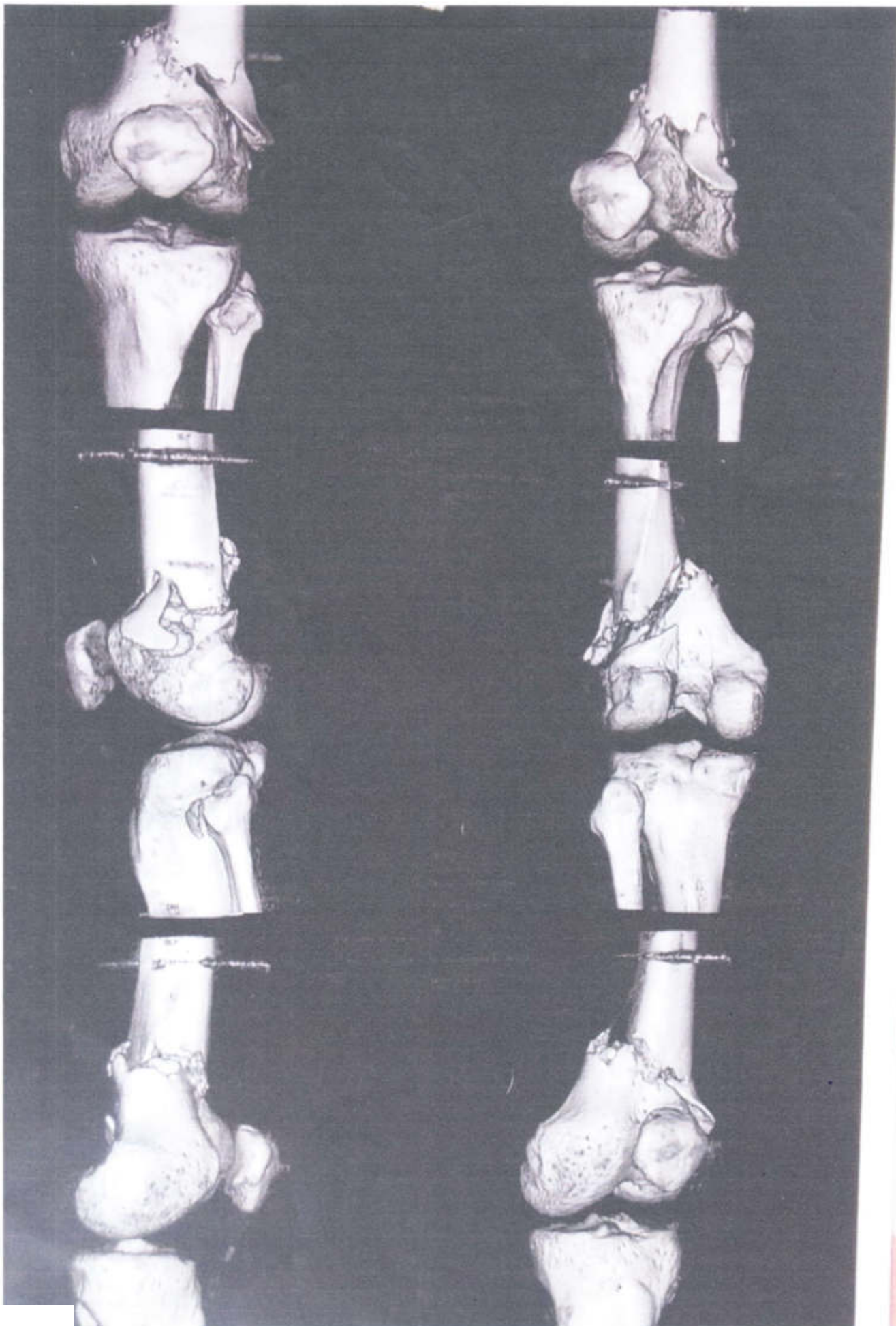
KOTE SEGUROS
Erica Araújo
27/09/19



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
28/01/19

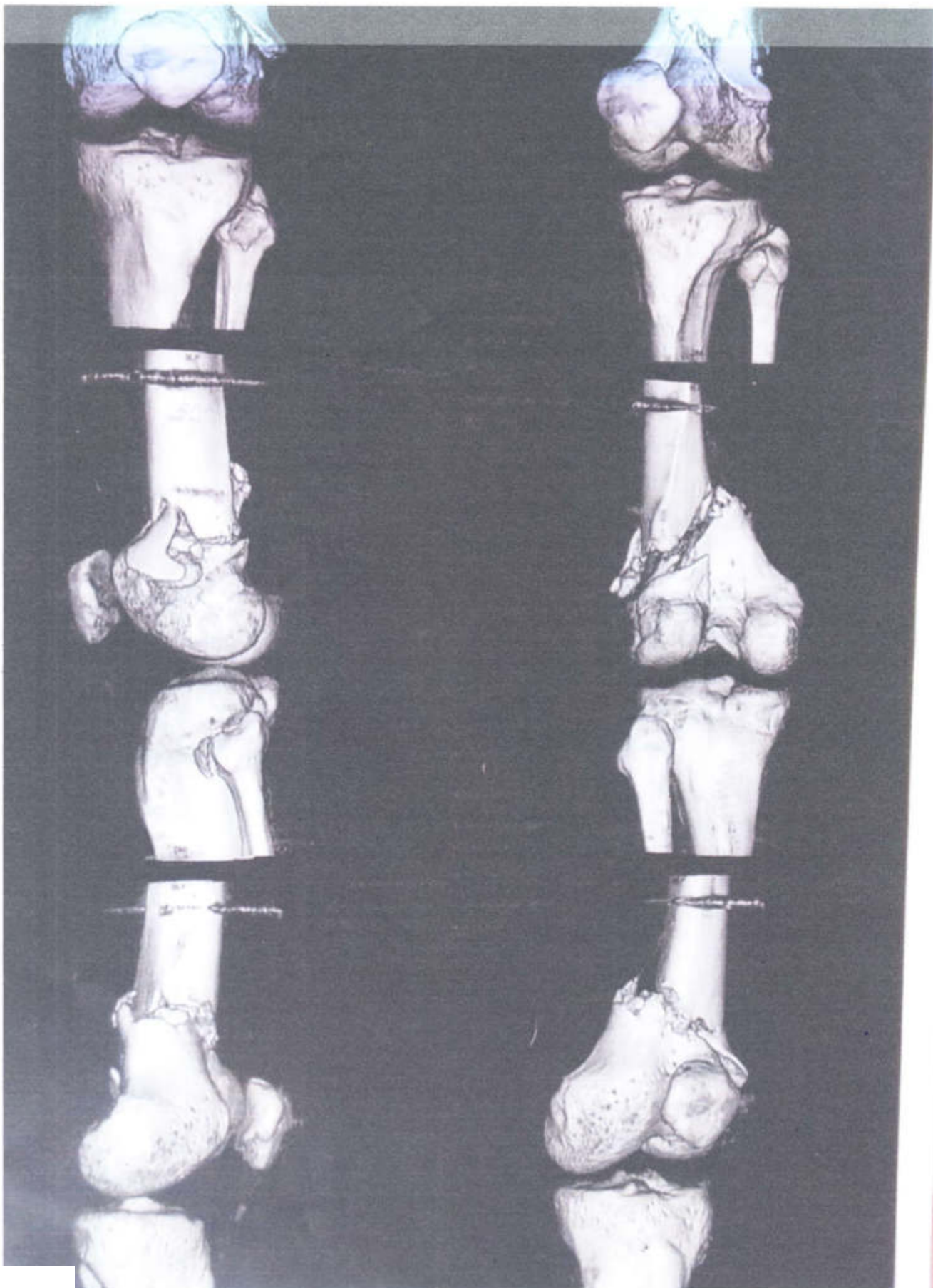
















KOTE SEGUROS
Erica Araujo
27/09/19



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

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
966503515

NOME
JOSE ANDRE DE LIRA

DOC IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR / UF
5436901 RDD PE

CPF
055.342.194-83

DATA NASCIMENTO
16/04/1983

FUNÇÃO
ALCIDES ANDRE DE LIRA
SEVERINA LUIZA DE LIRA

PERMISSÃO
ACC
CCE INV.
ABJ

PERMITEO
34045975935

VALIDADE
01/09/2019

VIGILANCIA
28/02/2007

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Jose Andre de Lira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
LINHOS - PE

DATA EMISSÃO
03/09/2014

Luiz Claudio
ASSINATURA DO DETRAN

#1164498210
PR061593784

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

PERMISSÃO PLASTIFICAR
966503515



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

GEANE DA SILVA COUTINHO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5237115 SDS PE

CPF 029.648.794-51 DATA NASCIMENTO 15/04/1976

RELACÃO
GERALDO HERTIARO DA SILVA
DUVALINA MARIA DA SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. A2

REGISTRO 05069494846 VALIDADE 29/04/2023 1ª HABILITAÇÃO 05/11/2010

OBSERVAÇÕES
sem observações

Geane da Silva Coutinho

LOCAL LIMOEIRO - PE DATA EMISSÃO 02/05/2016

44211688984
PE072586591

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODAS
AS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1224143342

PROIBIDO PLASTIFICAR
1224143342



**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: **3190557794**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE ANDRE DE LIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

rua severino a cavalcante, 243 - João Alfredo - PE - CEP 55720-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **6630901**

Data e local do acidente: [**04/12/2018**] **João Alfredo, PE**

Data e local do exame: [**10/10/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta distal do fêmur esquerdo.

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

Ao exame, vítima apresenta edema local, limitação moderada dos movimentos da flexão (80 graus) do joelho esquerdo, déficit de força de grau médio, alteração da marcha (+++++), presença de cicatriz cirúrgica.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 7 dias.

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
(X) 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.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190557794 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANDRE DE LIRA **Data do acidente:** 04/12/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta distal do fêmur esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta edema local, limitação moderada dos movimentos da flexão (80 graus) do joelho esquerdo, déficit de força de grau médio, alteração da marcha (+++++), presença de cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 7 dias.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	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: 3190557794 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANDRE DE LIRA **Data do acidente:** 04/12/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta distal do fêmur esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta edema local, limitação moderada dos movimentos da flexão (80 graus) do joelho esquerdo, déficit de força de grau médio, alteração da marcha (+++++), presença de cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 7 dias.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/10/2019

Conduta mantida:

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 joelho	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: 3190557794 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANDRE DE LIRA **Data do acidente:** 04/12/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta distal do fêmur esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta edema local, limitação moderada dos movimentos da flexão (80 graus) do joelho esquerdo, déficit de força de grau médio, alteração da marcha (+++++), presença de cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 7 dias.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/10/2019

Conduta mantida:

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 joelho	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: 3190557794 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANDRE DE LIRA **Data do acidente:** 04/12/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REALIZADAS TRÊS ABORDAGENS: FIXADOR EXTERNO; TRAÇÃO ESQUELÉTICA; PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.1(BAM) P.3,6(CIRURGIA) P.7(ALTA) P.9(IMAGEM) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 joelho	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: 3190557794 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANDRE DE LIRA **Data do acidente:** 04/12/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REALIZADAS TRÊS ABORDAGENS: FIXADOR EXTERNO; TRAÇÃO ESQUELÉTICA; PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.1(BAM) P.3,6(CIRURGIA) P.7(ALTA) P.9(IMAGEM) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Jose Andre de Lira

portador(a) do documento de identidade nº 6.630.901, expedido por SDS/PE, em
10/11/2003, inscrito no CPF sob o nº 055.343.194-83, residente na
Rua Severino Cavalcanti, nº 243,
complemento casa, Bairro Centro, cidade
João Alfredo, Estado PE.

2. Outorgado Geane da Silva Coutinho

portador(a) do documento de identidade nº 5.237.115, expedido por SDS/PE, em
06/12/2011, inscrito no CPF sob o nº 029.648.794-51, residente na
Rua da Alegria, nº 317,
complemento casa, Bairro Centro, cidade
Limoeiro, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

João Alfredo 16 de abril de 2019

Outorgante X Jose Andre de Lira



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
27/04/19

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337223/19

Vítima: JOSE ANDRE DE LIRA

CPF: 055.342.194-83

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 04/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ANDRE DE LIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

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

JOSE ANDRE DE LIRA : 055.342.194-83

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: 30/09/2019
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF: 029.648.794-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

GEANE DA SILVA COUTINHO

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



**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: **3190557794**
Nome do(a) Examinado(a): **JOSE ANDRE DE LIRA**
Endereço do(a) Examinado(a):
rua severino a cavalcante, 243 - João Alfredo - PE - CEP 55720-000
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **6630901**
Data e local do acidente: [**04/12/2018**] **João Alfredo, PE**
Data e local do exame: [**10/10/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta distal do fêmur esquerdo.

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

Ao exame, vítima apresenta edema local, limitação moderada dos movimentos da flexão (80 graus) do joelho esquerdo, déficit de força de grau médio, alteração da marcha (+----), presença de cicatriz cirúrgica.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fez fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 7 dias.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do joelho direito

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 direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE





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

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190557794

Vítima: JOSE ANDRE DE LIRA

Data do Acidente: 04/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ANDRE DE LIRA

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 14824390

Pag. 01219/01220 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190557794

Vítima: JOSE ANDRE DE LIRA

Data do Acidente: 04/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE ANDRE DE LIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01741/01742 - carta_02 - INVALIDEZ

00050871



Carta nº 14837465





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, 21 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190557794

Vítima: JOSE ANDRE DE LIRA

Data do Acidente: 04/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ANDRE DE LIRA

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 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

Recebedor: JOSE ANDRE DE LIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001344-7

Conta: 000000223-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	055.342.194-83	José André de Lira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
José André de Lira	055.342.194-83	
Profissão:	Número:	Complemento:
agricultor	243-J	casa
Bairro:	Cidade:	Estado:
centro	João Alfredo	PE
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	55.720-000	(81) 99938-8886

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

RENTA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____
AGÊNCIA: 1344 7 CONTA: 0223 2 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

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 (assinalar 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: João Alfredo - PE, 23/09/19	TESTEMUNHAS
	Nome: _____ CPF: _____	1ª Nome: _____ CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2ª Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	
	Assinatura do Procurador (se houver)	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Via do Cliente

Correspondente do Banco Bradesco S.A.
MARIA APARECIDA DE SOUZA SILVA ME
RJ PRESIDENTE KENNEDY, 6
Term.Net-Iso 00026242 Data 13/02/2019

Comprovante de Saque de
conta poupança
Data 13/02/2019 Hora de Brasília 10.26
Agencia: 01344 - JOAO ALFREDO

Conta: 0000223-2
Nome: JOSE ANDRE DE LIRA
Tipo Cartao: 2 Via Cartao: 02
Valor: 1.500,00

Ag. Bradesco: 1344 - JOAO ALFREDO
PARCELA: 062 - CHIC CALÇADOS
NSU: 002505432013 Autenticacao: 941423
Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

NSU Rede: 967501 Hora Rede: 10 26 21

Conta Poupança





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 120ª CIRCUNSCRIÇÃO - JOÃO ALFREDO - DP120ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0210000315**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/04/2019** às **12:02**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **4/12/2018** às **16:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 01 - Bairro: CENTRO - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE ANDRÉ DE LIRA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSE ANDRE DE LIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA LUZIA DE LIRA Pai: ALCIDES ANDRE DE LIRA Data de Nascimento: 16/4/1983 Naturalidade: JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6630901/SDS/PE (RG)- 05534219483 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 01, RUA SEVERINO CAVALCANTI , 243 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL, DEPOIS DA ESCOLA NOSSA SENHORA AUXILIADORA**

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

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

UM CARRO TOYOTA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MICROONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE ANDRE DE LIRA , COMUNICA NESTA DEPOL , QUE NO DIA 04/12/2018 POR VOLTA DAS 16:30 HORAS , NO CENTRO DESTA CIDADE , PROXIMO A RUA SEVERINO CAVALCANTI , FOI VITIMA DE ATROPELAMENTO , QUANDO ESTE ESTAVA CAMINHANDO , FOI SUPREENDIDO POR UM VEICULO TOYOTA DE COR BRANCA DE PLACA E CONDUTOR NAO IDENTIFICADOS , QUE AO ENTRAR NA CURVA ATROPELOU O QUEIXOSO, INDO EMBORA SEM PRESTAR SOCORRO , SENDO O QUEIXOSO SOCORRIDO PELO SAMU , PARA A UNIDADE MISTA JOANA AMELIA CAVALCANTI NESTA CIDADE , ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTO MEDICOS E DE LA , FOI

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
27/04/19



TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO FREITAS NA CAPITAL PERNANBUCANA , ONDE FOI SUBMETIDO HÁ UMA CIRURGIA NO FEMUR DA PERNA ESQUERDA .

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

Jose Andre de Lira

JOSE ANDRE DE LIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ SEVERINO DA SILVA JÚNIOR** - Matrícula: **221280-3**



[Handwritten signature/initials]

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
22/04/19





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	055.342.194-83	José André de Lira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
José André de Lira	055.342.194-83	
Profissão:	Número:	Complemento:
agricultor	243-J	casa
Bairro:	Cidade:	Estado:
centro	João Alfredo	PE
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	55.720-000	(81) 99938-8886

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

REDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 1344 7 CONTA: 0223 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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 (assinalar 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vitima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vitima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vitima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Alfredo - PE, 23/09/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* José André de Lira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Via do Cliente

Correspondente do Banco Bradesco S.A.
MARIA APARECIDA DE SOUZA SILVA ME
RJ PRESIDENTE KENNEDY, 6
Term.Net-Iso 00026242 Data 13/02/2019

Comprovante de Saque de
conta poupança
Data 13/02/2019 Hora de Brasília 10.26
Agencia: 01344 - JOAO ALFREDO

Conta: 0000223-2
Nome: JOSE ANDRE DE LIRA
Tipo Cartão: 2 Via Cartão: 02

Valor: 1.500,00
Ag. Bradesco: 1344 - JOAO ALFREDO
PARCELA: 062 - CHIC CALÇADOS
NSU: 002505432013 Autenticação: 941423
Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

NSU Rede: 967501 Hora Rede: 10 26 21

Conta Poupança



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ANDRE DE LIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01344-7

CONTA: 000000000223-2

Nr. Autenticação

BRADESCO171020190500000000002370134400000000223168750 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José André de Lira

RG nº 6.630.901, data de expedição 03/09/2014 Orgão SAS-PE

CPF nº 055.342.194-83, 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>Rua Severino A. Cavalcante</u>
Número	<u>243-J</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>João Alfredo</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.720-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99938-8886</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Alfredo-PE, 27/05/2019.

Assinatura do Declarante: José André de Lira





Nota Fiscal - Fatura - Conta de Energia Elétrica
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Rua Vitor, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.935.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSEFA SEVERINA DA CONCEICAO

CPF 962.362.304-63

CLASSIFICAÇÃO

01 RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
055181648	UNICA	22/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
7203/2019	2014870308	6333877

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SEVERINO A CAVALCANTI 243 --J
CENTRO JOAO ALFREDO
JOAO ALFREDO PE
55730-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7023594034	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
29/03/2019	22/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	48,52

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abon(Wh)	60,0000000	0,75350324	45,19
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,37
TOTAL DA FATURA			48,52

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (Wh)
19620016	CAI	19620016	15/03/19	22020016	1 630,00	1 000,00	60,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		CAMPO DE APLICAÇÃO	
MÊS/ANO	CONSUMO (Wh)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	CONTRIBUIÇÃO
MAR 19 60		45,19	25,20	11,29	Consumo de Energia
FEV 19 61		45,19	1,33	0,60	Transmissão
JAN 19 30		45,19	4,30	2,31	Distribuição (Celpe)
DEZ 19 31					Perdas de Energia
NOV 19 58					Energia Solar
OUT 19 56					Industria
SET 19 50					Total
AGO 19 63					
JUL 19 58					
JUN 19 52					
MAY 19 60					
ABR 19 58					
MAR 19 57					

1650 80C6 12CB 67CF DEC 8 E810 E02B D371

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pagamento desta fatura de energia elétrica constitui-se em obrigação legal e decorre de contrato de fornecimento de energia elétrica celebrado entre a Companhia Energética de Pernambuco e o consumidor. O não pagamento desta fatura constitui-se em infração ao contrato de fornecimento de energia elétrica e pode acarretar a suspensão do fornecimento de energia elétrica e a cobrança de multa por atraso no pagamento. O consumidor deve pagar esta fatura dentro do prazo estabelecido para o pagamento, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica e de cobrança de multa por atraso no pagamento.

Na cidade de Recife, Pernambuco, em 22/03/2019, a Companhia Energética de Pernambuco, inscrita no CNPJ nº 10.935.932/0001-08, emitida esta fatura de energia elétrica para o consumidor JOSEFA SEVERINA DA CONCEICAO, inscrita no CPF nº 962.362.304-63, com endereço residencial em RUA SEVERINO A CAVALCANTI 243 --J, CENTRO JOAO ALFREDO, JOAO ALFREDO PE, CEP 55730-000.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				NÍVEL DE TENSÃO	
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
CONSUMO	APLICADO	MENSAL	TRIMESTRAL	220	200 231
DIG	0,00	3,00	11,00		
POC	0,00	3,00	6,75		
DMG	0,00	3,00	0,00		

Linha 01/01 12,00 R\$ 1,50 - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 16,50



