



01/06/2020

Número: **0001539-02.2019.8.17.2260**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Belo Jardim**

Última distribuição : **27/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado          |                |
|--------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|----------------|
| RENILSON SANTOS SILVA (AUTOR)                          |                    | WALERIA SOUZA LIMA (ADVOGADO)          |                |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    |                                        |                |
| Documentos                                             |                    |                                        |                |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                              | Tipo           |
| 62786475                                               | 01/06/2020 11:20   | <a href="#">2723507_CONTESTACAO_01</a> | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BELO JARDIM/PE

Processo: 00015390220198172260

**AUSÊNCIA DE COBERTURA**

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

**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 **RENILSON SANTOS 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 **17/04/2016**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 16/06/2016.**

Cumprido esclarecer que em que pese a parte autora realizar requerimento do pagamento, através da via administrativa, porém, o sinistro foi cancelado por inatividade, haja vista que a parte autora não apresentou a documentação necessária para a perfeita regulação do sinistro.

Não obstante, em qualquer hipótese de acidente, a atitude normal do segurado é procurar a seguradora, para que esta regule, primeiramente, o sinistro. Somente em caso de não pagamento, ressarcimento incompleto ou de mora, as demandas devem ser ajuizadas.

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



Assim, tendo o autor deixado de apresentar a documentação exigida por lei, carecendo o autor de uma condição específica do regular exercício do direito de ação, qual seja, interesse de agir.

Insta salientar a ausência de nexo causal entre o acidente alegado e as lesões suportadas tendo em vista que o boletim de atendimento médico apresentado não atesta que as lesões teriam decorrido do narrado acidente e que o boletim de ocorrência foi realizado somente com as declarações da própria parte autora, sem a presença de testemunhas.

Compulsando atentamente aos autos, em nenhum momento foi demonstrado e comprovado de forma contundente que a parte autora faz jus ao pleito deduzido na presente demanda, devendo o pleito ser julgado extinto em virtude da inocorrência de mora por parte da Ré.

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

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

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

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

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

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

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

#### **DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA**

#### **PROCURAÇÃO DESATUALIZADA**

Verifica-se que o instrumento de mandato outorgado ao advogado da parte Autora, viola a regra esculpida no art. 104 do CPC, tendo em vista a ausência de procuração atualizada aos autos.

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

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;



A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração válida não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

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, CPC<sup>3</sup>.

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

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

### **- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**<sup>4</sup>.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

<sup>3</sup>“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)

<sup>4</sup>“SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT.(TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)



Compulsando os documentos apresentados pela parte autora, podemos observar que o boletim de atendimento médico apresentado não atesta que as lesões teriam decorrido do narrado acidente e que o boletim de ocorrência foi realizado somente com as declarações da própria parte autora, sem a presença de testemunhas.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo<sup>5</sup>.

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

#### **DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral<sup>6</sup>.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima<sup>7</sup>.

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

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

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

<sup>5</sup>APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)

<sup>6</sup>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 HOUEVE 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.

<sup>7</sup>**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.”



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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

#### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>8</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>9</sup>.

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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a 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:

<sup>8</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>9</sup>art. 1º. (...)

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



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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BELO JARDIM, 25 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



### QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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**

| <b>Danos Corporais Previstos na Lei</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Total (100%)</b> | <b>Intensa (75%)</b> | <b>Média (50%)</b> | <b>Leve (25%)</b> | <b>Residual (10%)</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| 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 **RENILSON SANTOS SILVA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BELO JARDIM**, nos autos do Processo nº 00015390220198172260.

Rio de Janeiro, 25 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





01/06/2020

Número: **0001539-02.2019.8.17.2260**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Belo Jardim**

Última distribuição : **27/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------|--------------------|
| RENILSON SANTOS SILVA (AUTOR)                          |                    | WALERIA SOUZA LIMA (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    |                               |                    |
| Documentos                                             |                    |                               |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                     | Tipo               |
| 62786476                                               | 01/06/2020 11:20   | <a href="#">ANEXO 1</a>       | Outros (Documento) |

DADOS DO CLIENTE  
METAL SGA SANTOS S.L. VA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
AV GABRIEL DA SILVA, 143

CPF 111 044 554 22

POA VISTA DEL CAMINO  
DEL ARROYO  
(157-40)

CLASSIFICAÇÃO  
B1 - RESERVA  
B2 - GERAL

|                   |               |                |
|-------------------|---------------|----------------|
| Nº DA NOTA FISCAL | SERIE         | EMISSION       |
| 01943027          | CINCA         | 14/11/2016     |
| APRESENTAÇÃO      | Nº DO CLIENTE | Nº DA DISTAÇÃO |
| 14/11/2018        | 201664103     | 24001          |

|                     |                               |
|---------------------|-------------------------------|
| NUMERO DE COMPRA    | DATA DE EMISSÃO               |
| 7030406650          | 11/2018                       |
| DATA DE VENCIMENTO  | NUMERO DE NOTA FISCAL E VALOR |
| 22/11/2018          | 15/12/2018                    |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 64,33                         |

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| Consumo de papel             | QUANTIDADE | PREÇO UN    | VALOR (R\$) |
|------------------------------|------------|-------------|-------------|
| Atendimento Standard 800/24h | 70,000000  | R. 7,264500 | R\$ 508,51  |
| Atendimento Especial 24h/24h |            |             | 1,00        |
| Cartão de Publicidade        |            |             | 2,00        |
|                              |            |             | 2,00        |

TOTAL DA FATES 4

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO<br>MEMORAN | TIPO DA<br>FOLHA | ANTERIOR   |           | ATUAL      |           | Nº DE<br>DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|------------------|------------------|------------|-----------|------------|-----------|---------------|-----------|--------|---------------|
|                  |                  | DATA       | LEITURA   | DATA       | LEITURA   |               |           |        |               |
| 215042           | 041              | 10-10-2010 | 00 045,23 | 14-11-2010 | 00 014,80 | 20            | 0,0000    |        | 79,43         |

### **Restrictions on earnings**

| Year | Number of publications |
|------|------------------------|
| 1970 | 1                      |
| 1971 | 1                      |
| 1972 | 1                      |
| 1973 | 1                      |
| 1974 | 1                      |
| 1975 | 1                      |
| 1976 | 1                      |
| 1977 | 1                      |
| 1978 | 1                      |
| 1979 | 1                      |
| 1980 | 1                      |
| 1981 | 1                      |
| 1982 | 1                      |
| 1983 | 1                      |
| 1984 | 1                      |
| 1985 | 1                      |
| 1986 | 1                      |
| 1987 | 1                      |
| 1988 | 1                      |
| 1989 | 1                      |
| 1990 | 1                      |
| 1991 | 1                      |
| 1992 | 1                      |
| 1993 | 1                      |
| 1994 | 1                      |
| 1995 | 1                      |
| 1996 | 1                      |
| 1997 | 1                      |
| 1998 | 1                      |
| 1999 | 12                     |

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO

|       | BASE 20<br>CALFOLD | %    | WALSH<br>EXP-01 |
|-------|--------------------|------|-----------------|
| ICMG  | \$1.50             | 2000 |                 |
| PIS   | \$1.51             | 0.76 |                 |
| CGFMS | \$1.51             | 3.40 |                 |

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

| Category          | Value | Percentage |
|-------------------|-------|------------|
| General Services  | 10.00 | 10.00%     |
| Transportation    | 2.00  | 2.00%      |
| Communication     | 1.00  | 1.00%      |
| Food and Beverage | 1.00  | 1.00%      |
| Entertainment     | 1.00  | 1.00%      |
| Medical           | 1.00  | 1.00%      |
| Other             | 1.00  | 1.00%      |

Corporate Responsibility: THE NEW AGENDA

100% BARGAIN 40% OFF (1793 8436) THE 3-STAR LINE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

1999-2001: *Portulaca* (L.) 2002-2003: *Portulaca* (L.) 2004-2005: *Portulaca* (L.) 2006-2007: *Portulaca* (L.) 2008-2009: *Portulaca* (L.) 2010-2011: *Portulaca* (L.) 2012-2013: *Portulaca* (L.) 2014-2015: *Portulaca* (L.) 2016-2017: *Portulaca* (L.) 2018-2019: *Portulaca* (L.) 2020-2021: *Portulaca* (L.) 2022-2023: *Portulaca* (L.) 2024-2025: *Portulaca* (L.) 2026-2027: *Portulaca* (L.) 2028-2029: *Portulaca* (L.) 2030-2031: *Portulaca* (L.) 2032-2033: *Portulaca* (L.) 2034-2035: *Portulaca* (L.) 2036-2037: *Portulaca* (L.) 2038-2039: *Portulaca* (L.) 2040-2041: *Portulaca* (L.) 2042-2043: *Portulaca* (L.) 2044-2045: *Portulaca* (L.) 2046-2047: *Portulaca* (L.) 2048-2049: *Portulaca* (L.) 2050-2051: *Portulaca* (L.) 2052-2053: *Portulaca* (L.) 2054-2055: *Portulaca* (L.) 2056-2057: *Portulaca* (L.) 2058-2059: *Portulaca* (L.) 2060-2061: *Portulaca* (L.) 2062-2063: *Portulaca* (L.) 2064-2065: *Portulaca* (L.) 2066-2067: *Portulaca* (L.) 2068-2069: *Portulaca* (L.) 2070-2071: *Portulaca* (L.) 2072-2073: *Portulaca* (L.) 2074-2075: *Portulaca* (L.) 2076-2077: *Portulaca* (L.) 2078-2079: *Portulaca* (L.) 2080-2081: *Portulaca* (L.) 2082-2083: *Portulaca* (L.) 2084-2085: *Portulaca* (L.) 2086-2087: *Portulaca* (L.) 2088-2089: *Portulaca* (L.) 2090-2091: *Portulaca* (L.) 2092-2093: *Portulaca* (L.) 2094-2095: *Portulaca* (L.) 2096-2097: *Portulaca* (L.) 2098-2099: *Portulaca* (L.) 2100-2101: *Portulaca* (L.) 2102-2103: *Portulaca* (L.) 2104-2105: *Portulaca* (L.) 2106-2107: *Portulaca* (L.) 2108-2109: *Portulaca* (L.) 2110-2111: *Portulaca* (L.) 2112-2113: *Portulaca* (L.) 2114-2115: *Portulaca* (L.) 2116-2117: *Portulaca* (L.) 2118-2119: *Portulaca* (L.) 2120-2121: *Portulaca* (L.) 2122-2123: *Portulaca* (L.) 2124-2125: *Portulaca* (L.) 2126-2127: *Portulaca* (L.) 2128-2129: *Portulaca* (L.) 2130-2131: *Portulaca* (L.) 2132-2133: *Portulaca* (L.) 2134-2135: *Portulaca* (L.) 2136-2137: *Portulaca* (L.) 2138-2139: *Portulaca* (L.) 2140-2141: *Portulaca* (L.) 2142-2143: *Portulaca* (L.) 2144-2145: *Portulaca* (L.) 2146-2147: *Portulaca* (L.) 2148-2149: *Portulaca* (L.) 2150-2151: *Portulaca* (L.) 2152-2153: *Portulaca* (L.) 2154-2155: *Portulaca* (L.) 2156-2157: *Portulaca* (L.) 2158-2159: *Portulaca* (L.) 2160-2161: *Portulaca* (L.) 2162-2163: *Portulaca* (L.) 2164-2165: *Portulaca* (L.) 2166-2167: *Portulaca* (L.) 2168-2169: *Portulaca* (L.) 2170-2171: *Portulaca* (L.) 2172-2173: *Portulaca* (L.) 2174-2175: *Portulaca* (L.) 2176-2177: *Portulaca* (L.) 2178-2179: *Portulaca* (L.) 2180-2181: *Portulaca* (L.) 2182-2183: *Portulaca* (L.) 2184-2185: *Portulaca* (L.) 2186-2187: *Portulaca* (L.) 2188-2189: *Portulaca* (L.) 2190-2191: *Portulaca* (L.) 2192-2193: *Portulaca* (L.) 2194-2195: *Portulaca* (L.) 2196-2197: *Portulaca* (L.) 2198-2199: *Portulaca* (L.) 2200-2201: *Portulaca* (L.) 2202-2203: *Portulaca* (L.) 2204-2205: *Portulaca* (L.) 2206-2207: *Portulaca* (L.) 2208-2209: *Portulaca* (L.) 2210-2211: *Portulaca* (L.) 2212-2213: *Portulaca* (L.) 2214-2215: *Portulaca* (L.) 2216-2217: *Portulaca* (L.) 2218-2219: *Portulaca* (L.) 2220-2221: *Portulaca* (L.) 2222-2223: *Portulaca* (L.) 2224-2225: *Portulaca* (L.) 2226-2227: *Portulaca* (L.) 2228-2229: *Portulaca* (L.) 2230-2231: *Portulaca* (L.) 2232-2233: *Portulaca* (L.) 2234-2235: *Portulaca* (L.) 2236-2237: *Portulaca* (L.) 2238-2239: *Portulaca* (L.) 2240-2241: *Portulaca* (L.) 2242-2243: *Portulaca* (L.) 2244-2245: *Portulaca* (L.) 2246-2247: *Portulaca* (L.) 2248-2249: *Portulaca* (L.) 2250-2251: *Portulaca* (L.) 2252-2253: *Portulaca* (L.) 2254-2255: *Portulaca* (L.) 2256-2257: *Portulaca* (L.) 2258-2259: *Portulaca* (L.) 2260-2261: *Portulaca* (L.) 2262-2263: *Portulaca* (L.) 2264-2265: *Portulaca* (L.) 2266-2267: *Portulaca* (L.) 2268-2269: *Portulaca* (L.) 2270-2271: *Portulaca* (L.) 2272-2273: *Portulaca* (L.) 2274-2275: *Portulaca* (L.) 2276-2277: *Portulaca* (L.) 2278-2279: *Portulaca* (L.) 2280-2281: *Portulaca* (L.) 2282-2283: *Portulaca* (L.) 2284-2285: *Portulaca* (L.) 2286-2287: *Portulaca* (L.) 2288-2289: *Portulaca* (L.) 2290-2291: *Portulaca* (L.) 2292-2293: *Portulaca* (L.) 2294-2295: *Portulaca* (L.) 2296-2297: *Portulaca* (L.) 2298-2299: *Portulaca* (L.) 2300-2301: *Portulaca* (L.) 2302-2303: *Portulaca* (L.) 2304-2305: *Portulaca* (L.) 2306-2307: *Portulaca* (L.) 2308-2309: *Portulaca* (L.) 2310-2311: *Portulaca* (L.) 2312-2313: *Portulaca* (L.) 2314-2315: *Portulaca* (L.) 2316-2317: *Portulaca* (L.) 2318-2319: *Portulaca* (L.) 2320-2321: *Portulaca* (L.) 2322-2323: *Portulaca* (L.) 2324-2325: *Portulaca* (L.) 2326-2327: *Portulaca* (L.) 2328-2329: *Portulaca* (L.) 2330-2331: *Portulaca* (L.) 2332-2333: *Portulaca* (L.) 2334-2335: *Portulaca* (L.) 2336-2337: *Portulaca* (L.) 2338-2339: *Portulaca* (L.) 2340-2341: *Portulaca* (L.) 2342-2343: *Portulaca* (L.) 2344-2345: *Portulaca* (L.) 2346-2347: *Portulaca* (L.) 2348-2349: *Portulaca* (L.) 2350-2351: *Portulaca* (L.) 2352-2353: *Portulaca* (L.) 2354-2355: *Portulaca* (L.)

ARJANA SEGIPIRORA  
02 JAN 2019





**BELO JARDIM**  
PREFEITURA MUNICIPAL  
CADA DIA MELHOR

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA  
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº: 18-04-16  
Data: 18-04-16  
Hora: 16:30

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 898903453269191  
DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: 510  
Nome: Remesoy Santos Silva Idade: 24a  
Data de Nascimento: 13/08/91 Sexo: M Cor: Parda Estado Civil: Solteiro  
Naturalidade: Belo Jardim Profissão: tec. em eletrônica  
Endereço: R. José Carlos de Almeida Barreira  
Procedência: UF Telefone: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL

Responsável: O mesmo Parentesco: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Trazido por: ---  
Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_  
NATUREZA DO ACIDENTE  
☐ Casual ☐ Acid. do Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio  
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas  
☐ Acid. do Trabalho ☐ Agressão

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELO JARDIM - 28/06/2016 - 000000001340

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☒ Cirúrgico

História da Doença Atual: paciente com dor e edema no joelho D, com dois dias de evolução, congelado por acidente de trânsito, no trajeto de motocicleta

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
joelho D com aumento de volume, com sinais flogísticos

ARUANA SEGUROS

25 SET 2016

Diagnóstico Provisório: infecção de partes moles

Sandra ms  
RECEPCIONISTA

MÉDICO CREMEPE



| Data  | Hora | Evolução Clínica e Prescrição Médica                                                                                                                        | Relatório de Enfermagem                                                                                                                                                     |
|-------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| #7:20 |      | <p>(1) Voltaren 91ap / M</p> <p>(2) Buscopan Celipasto<br/>91ap / EV</p>  |                                                                                                                                                                             |
|       |      |                                                                                                                                                             | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-5deg); width: fit-content;">             ARUANA SEGUROS<br/>             26 SET 2018           </div> |

7 5 SET 1918

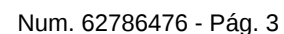
| CONDIÇÕES DE ALTA                   |                                     | MOTIVO DE ALTA                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado     | <input type="checkbox"/> Óbito      | <input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica |
| <input type="checkbox"/> Melhorado  |                                     | <input type="checkbox"/> Alta Pedida               |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> + 48 horas | <input type="checkbox"/> Transferência             |
| <input type="checkbox"/> Piorado    | <input type="checkbox"/> - 48 horas | <input type="checkbox"/> Indisciplina              |
| Transferido para: _____             |                                     |                                                    |
| Diagnóstico Definitivo: _____       |                                     |                                                    |
| _____                               |                                     |                                                    |
| _____                               |                                     |                                                    |
| Observação: _____                   |                                     |                                                    |
| _____                               |                                     |                                                    |
| _____                               |                                     |                                                    |

Dr. Sérgio Pereira dos Reis

**CRM** MG 57479

CONSELHO 4284836

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





**BELO JARDIM**  
PREFEITURA MUNICIPAL  
CADA DIA MELHOR

## HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº  
Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0\*\*81) 3726.2233

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Remilson Santos  
Silva residente Rua José Ladete  
nº 41 - Bela Vista esteve internado  
neste Hospital no período de 17/04/16 à  
trauma leve com diagnóstico de CID:  
prontuário nº Querqueue

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 18.05.16

João Thiago  
Diretor Administrativo  
Secretaria da Saúde

Responsável

ARJANA SEGUROS

26 SET 2016

SECRETARIA LIDER DE SAU 18 26/09/2016 14:20 - 000000001360





DR. ALEXANDRE BRAGA / CRM 11991

## ATESTADO MÉDICO

ATESTO para os devidos fins que o Sr.(a) Raimon

necessita de 15 dias dias de licença, por

motivo de doença a partir de 25/06/18

25 de 06 de 18

Dr. Alexandre Braga  
Ortopedia  
CRM 11991

Rua Ibiçui, 47 (Pronto Socorro de Fraturas)  
M. de Nassau  
Caruaru-PE  
Fone: (81) 3722.8565

Rua Cel. Antonio Marinho, 36  
Boa Vista  
Belo Jardim-PE  
Fone: (81) 3726.4950

ARUANA SEGUROS

26 SET 2018

SECRETARIA ILDER DUARTE  
28/06/2018 14:13  
00000001356





**BELO JARDIM**  
PREFEITURA MUNICIPAL  
CADA DIA MELHOR

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
HOSPITAL DO BELO JARDIM  
Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

## DECLARAÇÃO COMPARECIMENTO / ATENDIMENTO

Declaro que o paciente Renilson Santos Silva, compareceu a esta unidade das \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min até \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min. para realizar.

- ☒ Consulta  
☐ Medicação / Observação  
☐ Atendimento e Urgência  
☐ Atendimento de Emergência  
☐ Outros: \_\_\_\_\_

### Devendo o mesmo:

- ☐ Retornar às atividades  
☒ Repousar o restante do dia  
☐ Repousar por \_\_\_\_\_ dia(s)

Belo Jardim, 17.04.16

Ass. Médico - CRM Nº \_\_\_\_\_

Dr. Sergio Pereira dos Reis  
CRM 57479  
CONTROLE 4284836

SEGURANÇA LIBER. DPVMT 18 28/06/2018 14:20 - 000000001360

ARUANA SEGUROS

26 SET 2018





BELO JARDIM  
PREFEITURA MUNICIPAL  
CADA DIA MELHOR

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
HOSPITAL DO BELO JARDIM  
Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

### DECLARAÇÃO COMPARECIMENTO / ATENDIMENTO

Declaro que o paciente Renilson Santos Silva, compareceu a esta unidade das 16 h 20 min até 16 h 20 min. para realizar.

- ☒ Consulta  
☐ Medicação / Observação  
☐ Atendimento e Urgência  
☐ Atendimento de Emergência  
☐ Outros: \_\_\_\_\_

#### Devendo o mesmo:

- ☐ Retomar às atividades  
☒ Repousar o restante do dia  
☒ Repousar por 5 dia(s) encos

Belo Jardim, 18/04/16

Ass. Médico - CRM Nº 21440 57479  
CONTROLE 424438



BELO JARDIM  
PREFEITURA MUNICIPAL  
CADA DIA MELHOR

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
HOSPITAL DO BELO JARDIM  
Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

### DECLARAÇÃO COMPARECIMENTO / ATENDIMENTO

Declaro que o paciente Renilson Santos Silva, compareceu a esta unidade das 16 h 20 min até 16 h 20 min. para realizar.

- ☒ Consulta  
☐ Medicação / Observação  
☐ Atendimento e Urgência  
☐ Atendimento de Emergência  
☐ Outros: \_\_\_\_\_

#### Devendo o mesmo:

- ☐ Retomar às atividades  
☒ Repousar o restante do dia  
☒ Repousar por 5 dia(s) encos

Belo Jardim, 18/04/16

Ass. Médico - CRM Nº 21440 57479  
CONTROLE 424438

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
HOSPITAL DO BELO JARDIM  
Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

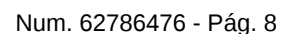


| CONDIÇÕES DE ALTA                   |                                     | MOTIVO DE ALTA                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado     | <input type="checkbox"/> Óbito      | <input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica |
| <input type="checkbox"/> Melhorado  |                                     | <input type="checkbox"/> Alta Pedida               |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> + 48 horas | <input type="checkbox"/> Transferência             |
| <input type="checkbox"/> Piorado    | <input type="checkbox"/> - 48 horas | <input type="checkbox"/> Indisciplina              |
| Transferido para: _____             |                                     |                                                    |
| Diagnóstico Definitivo: _____       |                                     |                                                    |
| _____                               |                                     |                                                    |
| _____                               |                                     |                                                    |
| Observação: _____                   |                                     |                                                    |
| _____                               |                                     |                                                    |
| _____                               |                                     |                                                    |
| Data: ____/____/____                |                                     |                                                    |



**ARUANA SEGUROS**  
 26 SET 2018  
 Dr. Sergio Pereira dos Reis  
 CRM 67479  
 CONTRA SINAL

MÉDICO CREMEPE





BELO JARDIM  
PREFEITURA MUNICIPAL  
CADA DIA MELHOR

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA  
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

1700  
HJAL

Registro Nº:

Data:

Hora:

17-04-16  
12:00h

Unidade de Saúde: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

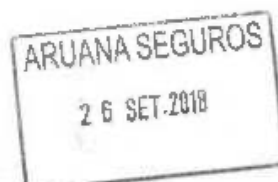
|                             |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE                    | NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):                                                                                                                                                     | DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                             | Nome: <u>Ranilson Santos Silva</u>                                                                                                                                                            | Idade: <u>22a</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                             | Data de Nascimento: <u>13/01/94</u> Sexo: <u>M</u> Cor: <u>Parda</u> Estado Civil: <u>Solteiro</u>                                                                                            | Profissão: <u>Eletricista</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                             | Naturalidade: <u>Belo Jardim</u> Endereço: <u>R. José Cadete - 41. Bela Vista</u>                                                                                                             | Procedência: <u>B.J.</u> Telefone: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| RESPONSÁVEL                 | Responsável: <u>J. Nemo</u> Parentesco: _____                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                             | Endereço: _____ Fone: _____                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                             | Trazido por: <u>Maria Belia dos Santos</u> (Mãe)                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                             | Endereço: _____ Fone: _____                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| OCORRÊNCIA                  | Local do Acidente: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                             | NATUREZA DO ACIDENTE                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio<br><input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas<br><input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão |
|                             | Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                             | História da Doença Atual: <u>Paciente com dor em</u><br><u>peleto 10, com laceração em</u><br><u>um ponto ant. após acidente com</u><br><u>motorcycle, colidindo com um</u><br><u>veículo</u> | <div>ARIANA SEGURANÇA<br/>26 SET 2018</div>                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ATENÇÃO MÉDICA              | EXAME - FÍSICO                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                             | Pressão Arterial: <u>120x80</u> Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                             | <u>soluto RX de Peleto 10 APE</u><br><u>perfil</u>                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                             | Diagnóstico Provisório: <u>Trauma leve</u>                                                                                                                                                    | <div>Dr. Sérgio Pereira dos Reis<br/>MÉDICO<br/>57479<br/>KEMEPE</div>                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Vera Ramos<br>RECEPCIONISTA |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO 18 28/06/2018 14:21 - 00000001360





SENADORA LIDER DEPUT 18 28/06/2018 14:20 - 00000001359



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 CATEGORIA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

**RENILSON SANTOS SILVA**

DOC. IDENTIDADE/OUT. EMISSOR/UF  
 9204323 SDS PE

CNPJ  
 111.044.954-22 DATA NASCIMENTO  
 23/01/1994

FLUXO  
 JOSE NILSON DA SILVA  
 MARIA LUCIA DOS SANTOS

PERMISSÃO  
 ACC  
 CAT. HAB.  
 AB

Nº REGISTRO  
 05071736904

VALIDADE  
 01/10/2018

Nº VALIDAÇÃO  
 19/05/2014

PROVAÇÃO

Exerce Ativ. Remunerada

*Renilson Santos Silva*

LOCAL  
 BELLO JARDIM - PE

DATA EMISSÃO  
 21/05/2015

10744064339  
 DPO000734168

DETRAN - PE - IPERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1103532578

PROVINDO PLASTIFICAR  
 1103532578

SEGURANÇA LIDER DEPUT 10 28/06/2018 14:20 - 000000001359

ARUANA SEGURO  
 26 SET 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012301260498  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 983082600 R.N.I.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2015

NOME  
RENILSON SANTOS SILVA

BELO JARDIM-PE

CPF / CNPJ 111.044.954-22 PLACA KLN9008

PLACA ANT. / UF \*\*\*\*\* / PE CHASSI 9C2KD03208R029753

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLISTA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS K3 ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP. / POT. / CIL 23 / 149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AMARELA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1ª \*\*\*\*\*

IPVA 2015 QUITADO 2ª \*\*\*\*\*

FADIA IRVA PARCELAMENTO / COTAS 3ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO 7101 OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL DATA 19/04/16

Chanceler Andreza Sousa Ribeiro

Diretor de Registro e Licença DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012301260498 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
RENILSON SANTOS SILVA

RUA REGINA ALVES 69 55150-560

CASA EDSON MURORO MOURA BELO JARDIM-PE

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 19/04/16

VIA 1 CPF / CNPJ 111.044.954-22 PLACA KLN9008

RENAVAM 983082600 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS K3

ANO FAB. 2008 CAT. DANE 09 Nº CHASSI 9C2KD03208R029753

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SER PAC POR RETORNO PE

SEGURO PAGO PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO.

ARUANA SEGURADORA  
26 SET 2018

SEGURADORA LIDER DPVAT 18 28/06/2018 14:20 - 000000001360

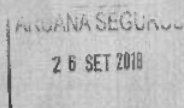


Daléria Souza Lima

Av. Regina Alves, 37

Edson Moreira Moura

elo Jardim - PE CEP: 55150-560



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower  
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Rio de Janeiro, 05/07/2018  
DPVAT/SIN - 07723/2018

Para: RENILSON SANTOS SILVA  
RUA REGINA ALVES Nº 37  
EDSON MORORO MOURA  
BELO JARDIM - PE  
55150-560

**REF: DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS**

Prezado(a)

Informamos que o endereço da Seguradora Líder do Consórcio DPVAT para o qual encaminhou sua documentação não se encontra mais disponível para fins de recebimento de documentação de sinistro.

Desse modo, comunicamos que estamos devolvendo todos os documentos recebidos em 28/06/2018 e orientamos dar entrada em um dos pontos de atendimento disponibilizados, autorizados ao recebimento de documentação para fins do Seguro DPVAT.

Oferecemos mais de 8 mil pontos oficiais de atendimento presencial em todos os municípios brasileiros que incluem, entre outros, Agências dos Correios que recebem gratuitamente seu pedido de indenização. Veja a lista completa dos pontos de atendimento no nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.



P- 200/007181/2018-001  
ASO  
Anexo: conf. texto

*Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Líder-DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.*



**S. TORRES & CIA**  
 PRACA LA CONCEICAO, 75 CENTRO  
 BELD JARDIM-PE CEP 55150-200 FONE 81 3726-1009  
 CNPJ: 09.818.883/0001-63  
 IE: 000887900  
 19/04/2018 12:32:22 CCF: 25434 COD: 267728

**CUPOM FISCAL**

ITEM DESCRICAO QTD UN VAL (R\$) S1 VAL ITEM (R\$)

001 0 898947077 48 COMPRESSA DE GAZE ESTERIL C/T  
 4UN X 0,15 F1 2,60\$  
 002 0 896112130 92 CEFADROXILA 500MG CX 8 CAP GE  
 2CX X 16,00 F1 32,00\$  
 desconto -8,00 24,00\$  
 003 0 891800964 98 ESPARADRAPO IMPERMEAVEL 1,2/4  
 1UN X 3,45 F1 3,45\$  
 desconto -0,35 3,10\$  
 004 0 896112130 92 CEFADROXILA 500MG CX 8 CAP GE  
 1CX X 16,00 F1 16,00\$  
 desconto -4,00 12,00\$  
 005 0 896331703 21 BACTODERM POM TB 15G  
 1tb X 8,00 F1 8,00\$  
 desconto -1,80 6,20\$  
 006 0 896902211 54 AGUA OXIGENADA 10VOL FARMAX  
 1UN X 1,41 F1 1,41\$  
 desconto -0,15 1,26\$  
 007 0 851010504 55 BAND AID J&J C/40 UNID TRANAS  
 10cx X 0,20 F1 2,00\$  
 desconto -0,20 1,80\$

TOTAL R\$ 48,98\$  
 Dinheiro 48,98\$

NCS: C3D78710ACB8C5190FC6E18EB23CDD  
 P00001197208  
 Val Aprox Tributos R\$ 13,12 (26,80%) Fonte: IBPT  
 VOCE ECONOMIZOU..... R\$ 14,50  
 Balco: 14 N. Controle: 228542  
 AGRADECIMOS A PREFERENCIA  
 VOLTE SEMPRE

GROSS: 77 03000AR X JL3TA0VP 0EJL3NR8 M3KB83TRFUR  
 BEMATECH MP-400X TH F1 ECF-1F  
 VERSAO: 01.00.02 ECF: 003 LJ: 0001  
 000000000110TULUP 19/04/2018 12:32:32  
 -AB: B1091310100011272065

BR

SEPARACAO LIDER OPART 18 26/06/2018 14:21 - 00000001361

**ARJANA SEGUROS**  
 26 SET 2018



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354989/18

**Vítima:** RENILSON SANTOS SILVA

**CPF:** 111.044.954-22

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 17/04/2016

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RENILSON SANTOS SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### RENILSON SANTOS SILVA : 111.044.954-22

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](http://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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/09/2018  
Nome: RENILSON SANTOS SILVA  
CPF: 111.044.954-22

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2018  
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA  
CPF: 109.530.024-54

RENILSON SANTOS SILVA

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354989/18

Número do Sinistro: 3180451220

Vítima: RENILSON SANTOS SILVA

CPF: 111.044.954-22

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 17/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENILSON SANTOS SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**RENILSON SANTOS SILVA : 111.044.954-22**

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](http://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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2019  
Nome: RENILSON SANTOS SILVA  
CPF: 111.044.954-22

RENILSON SANTOS SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019  
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA  
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **RENILSON SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180451220**

Vítima: **RENILSON SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **17/04/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180451220**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13410019

Pag. 01849/01850 - carta\_01 - INVALIDEZ

00010925



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **RENILSON SANTOS SILVA**  
Nº Sinistro: **3180451220**  
Vítima: **RENILSON SANTOS SILVA**  
Data do Acidente: **17/04/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180451220**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, 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**

Pag. 01917/01918 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 1341336





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180451220

Vítima: RENILSON SANTOS SILVA

Data do Acidente: 17/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), RENILSON SANTOS SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01915/01916 - carta\_03 - INVALIDEZ

00030958



Carta nº 13778841





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180451220

Vítima: RENILSON SANTOS SILVA

Data do Acidente: 17/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RENILSON SANTOS SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

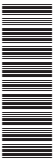
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00565/00566 - carta\_16 - INVALIDEZ

00020283



Carta nº 14513340



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, Renilson Santos Silva  
PORTADOR(A) DO RG Nº 9.204.323 EXPEDIDO POR SDS/PE EM 20/04/2011  
CPF 111044954-22 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO   
E RENDA MENSAL DE R\$  (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA , AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0773 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28175-7

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

26 SET 2018

Belo Jardim, 19 de Junho de 2018  
LOCAL E DATA

Renilson Santos Silva  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

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

SEGURADORA LÍDER DPVAT 18 28/06/2018 14:13 - 000000001359

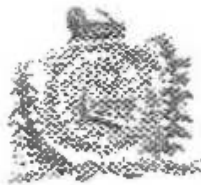




SEGURANÇA LIBER DEBIT 18 28/06/2018 14:20 - 00000001353

ARUANA SEGUROS  
26 SET 2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM -  
DP104ªCIRC DINTER/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0194001398**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/06/2018** às **09:05**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **17/6/2018** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR (AUTOR AGENTE)  
R.R.S. (OUTRO)  
RENILSON SANTOS SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
RENILSON SANTOS SILVA  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
RENILSON SANTOS SILVA



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

**RENILSON SANTOS SILVA** (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA LÚCIA DOS SANTOS** Pai: **JOSÉ NILSON DA SILVA** Data de Nascimento: **13/1/1984** Naturalidade: **BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9204323/900/PE (RG), 11104495432 (CPF), 96071756904 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO ELETRONICO** Telefones Celulares: **- 81383238618**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 99, RUA REGINALDO - ECOBN MORORÓ MOURA - CEP: 55690-499 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**R.R.S.** (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**AUTOR** (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO /**



16/06/2018 09

SEGURADORA LIDER DPURT 18 26/06/2018 14:20 - 000000001360



PERNAMBUCO / BRASIL

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **RENILSON SANTOS SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RENILSON SANTOS SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MLN0002** (PERNAMBUCO/BELO JARDIM) Renavam: **883482600** Chassi: **9C2KD032DGR023703**  
Ano Fabricação/Modelo: **2003/2003** Combustível: **GASOLINA**

**VEICULO 1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **AUTOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RENILSON SANTOS SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHC0032** (PERNAMBUCO/BELO JARDIM)

## Complemento / Observação

**DECLARAR O MESMO QUE ESTAVA CONDUZINDO A REFERIDA MOTO EM VIA PÚBLICA, SENTIDO SERRAVALLE CARVAL, E OUTRO CONDUTOR DE VEÍCULO EFETUANDO UMA MANOEIRA PROIBIDA ACABOU COLIDINDO NO VEÍCULO, NÃO CHEGANDO A CAIR DA MOTO, PORÉM SOFREU LESÃO NO JOELHO FICANDO DOIS MESES AFASTADO DO TRABALHO.**

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

*Renilson Santos Silva*  
**RENILSON SANTOS SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JENEFFER FERNANDES FERREIRA** - Matrícula: **2733027**



SEGURADOR LIDER PRAT 18 28/06/2018 14:20 - 000000001360



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Renilson Santos Silva, portador da carteira de identidade nº 9.204.323 e inscrito no CPF/MF sob o nº 133.044.954-22, residente e domiciliado na Rua Regina Alves, 69, Edson Proença Moura, Cidade Belo Jardim, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ 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.

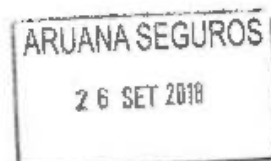
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Renilson Santos Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Belo Jardim - PE 19-06-2018

Local e data



SEGURADORA LIDER DPVAT 18 28/06/2018 14:19 - 000000001359



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, Renilson Santos Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 9.204.323 EXPEDIDO POR SDS/PE EM 20/04/2011 E

CPF 111044954-22 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO

É RENDA MENSAL DE R\$            (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0773 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28175-7

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

26 SET 2018

Belo Jardim, 19 de Junho de 2018  
LOCAL E DATA

Renilson Santos Silva  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

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

SEGURADORA LÍDER DPVAT 18 28/06/2018 14:13 - 000000001359





SEGURADORA LIBER DEBIT 18 28/06/2018 14:20 - 00000001353

