



03/06/2020

Número: **0007990-10.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO (AUTOR)		AMARO RODRIGUES DE ARAUJO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62941959	03/06/2020 14:32	2724350_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



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

Processo: 00079901020208172001

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 **OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO**, 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 **16/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 17/10/2019.

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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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 VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 17/10/2019 após 06 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 16/04/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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;



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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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)



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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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 **16/04/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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.

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.”



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\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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.



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 Sumula 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.

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, 27 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 **OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO** , em curso perante a **10ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00079901020208172001.

Rio de Janeiro, 27 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: **0007990-10.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO (AUTOR)		AMARO RODRIGUES DE ARAUJO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62941960	03/06/2020 14:32	ANEXO 1	Outros (Documento)



Nome: 282747-OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-94566381
Idade: 23a 8m Nascimento: 13/08/1995
Mãe: MARTA DA SILVA LIMA
Endereço: RUA VILA ARITANA, 120 - GUABIRABA - RECIFE/ PE - CEP: 52291690

Data do Atendimento: 16/04/2019
Prontuário: 00282747
Nº Atendimento: 01291204
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS HÁ 1 HORA EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, APÓS TER SIDO VÍTIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA EM MIE. RELATA FAZER USO DE CAPACETE NO MOMENTO DO FRAJMA, AFIRMANDO QUE O CHOQUE FOI SOMENTE EM SUA PERNA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. AO EXAME AUSÊNCIA DE ALTERAÇÕES EXCETO FERIMENTOS CORTOCONTUSOS EM PERNA DIREITA ASSOCIADO A DOR INTENSA E LIMITAÇÃO DE ADM. NEUROVASCULAR PRESERVADO. PRESENÇA DE FERIMENTOS PROFUNDOS EM FACE LATERAL DA PERNA ESQUERDA. AUSÊNCIA DE DEFORMIDADES GROSSEIRAS. NEGA ALERGIAS.

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

UPA 24h
UPA CAXANGÁ 24 h
Dra. Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11727

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Nome: 282747-OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO Idade: 23a 8m Nascimento: 13/08/1995
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-94566381
Mãe: MARTA DA SILVA LIMA Endereço: RUA VILA ARITANA, 120 - GUABIRABA - RECIFE/ PE - CEP: 52291690

Data do Atendimento: 16/04/2019
Prontuário: 00282747
Nº Atendimento: 01291204
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113

Conduta:

- 1- SOLICITO RX
- 2- ANALGESIA
- 3- REAVALIAÇÃO APOS RX

UPA 24h
UPA CAXANGÁ 24h
Dra. Audrey Vasconcelos
Cepid. Médica
CRM: 11728

RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 /CGC: 9767633000609





Nome: 282747-OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-94566381

Idade: 23a 8m Nascimento: 13/08/1995

Mãe: MARTA DA SILVA LIMA

Endereço: RUA VILA ARITANA, 120 - GUABIRABA - RECIFE/ PE - CEP: 52291690

Data do Atendimento: 16/04/2019

Prontuário: 00282747

Nº Atendimento: 01291204

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

RX COM SINAIS DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

- CD:
1- ALGESIA
2- CURATIVOS
3- TALA COXO-PODALICA
4- TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE REFERENCIA EM CARATER DE URGÊNCIA

UPA 24h
UPA CAXANGÁ 24h
Dr. André Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 117477

RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Nome: 282747-OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO Idade: 23a 8m Nascimento: 13/08/1995
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-94566381
Mãe: MARTA DA SILVA LIMA Endereço: RUA VILA ARITANA, 120 - GUABIRABA - RECIFE/ PE - CEP: 52291690

Data do Atendimento: 16/04/2019
Prontuário: 00282747
Nº Atendimento: 01291204
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: TERÇA-FEIRA, 16 DE ABRIL DE 2019

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE:

SENHA:

QP:

PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS HA 1 HORA EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, APÓS TER SIDO VÍTIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA EM MIE. RELATA FAZER USO DE CAPACETE NO MOMENTO DO FRAUMA, AFIRMANDO QUE O CHOQUE FOI SOMENTE EM SUA PERNA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. AO EXAME AUSÊNCIA DE ALTERAÇÕES EXCETO FERIMENTOS CORTOCONTUSOS EM PERNA DIREITA ASSOCIADO A DOR INTENSA E LIMITAÇÃO DE ADM. NEUROVASCULAR PRESERVADO. PRESENÇA DE FERIMENTOS PROFUNDOS EM FACE LATERAL DA PERNA ESQUERDA. AUSÊNCIA DE DEFORMIDADES GROSSEIRAS. NEGA ALERGIAS.

EVOLUÇÃO:

RX COM SINAIS DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

CD:

- 1- ALGESIA
- 2- CURATIVOS
- 3- TALA COXO-PODALICA
- 4- TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE REFERENCIA EM CARATER DE URGÊNCIA, em: 16/04/19 20:48

UPA 24h
CAXANGÁ 24h
Dra. Andreia Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 13427

MÉDICO: RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Nome: 282747-OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
Sexo: Contatos: / 81-94566381
MASCULINO -
Mãe: Endereço:
MARTA DA SILVA LIMA RUA VILA ARITANA, 120 - GUABIRABA -
RECIFE/ PE - CEP: 52291690

Data do Atendimento: 16/04/2019
Prontuário: 00282747
Nº Atendimento: 01291204
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

CD:
1- ANAGESTIA
2- CURATIVOS
3- TALA COXO-PODALICA
4- TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE REFERENCIA EM CARATER DE URGÊNCIA.



MÉDICO: RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 /CGC: 9767633000609



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

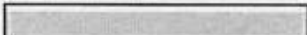
Data e hora retirada da senha: 2019-04-16 19:03:11

	Nome Paciente:	OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
	Cód. Paciente:	282747
	Data de Nascimento:	13/08/1995
	Sexo:	Masculino
	Idade:	23
	Senha:	OR0065
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1291204 

SAME:

Período: 2019-04-16 19:03:11 - 2019-04-16 19:20:24

Prioridade: **URGENCIA**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIROS N.O= 1244052,DANDO ENTRADA NA SALA AMARELA COM MACA S/N E PRANCHA S/N COM RELATO DE DOR EM MIE + CORTE CONTUSO S/ SANGRAMENTO NO MOMENTO APOS TRAUMA HOJE (COLISAO CARRO MOTO). EM USO DE CAPACETE

Observação: HAS-
DM-
ALERGIA-
** PACIENTE DIRETO NA AMARELA NAO AFERIDO SSVV **

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: DIANA DUARTE COSTA - COREN: 467358 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-04-29 13:58:12





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

Prontuário: 01116976

Data de Nascimento: 13/08/1995

Idade: 23a 9m 7d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

S82.1

Feito o Exame de ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RAIOS-X

Observação:

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (MOTOCICLETA), COM TRAUMA EM MIE EM 17/04/19.
HD: FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA + FRATURA FECHADA DE ESPINHA TIBIAL ESQUERDA.
CIRURGIA: LMC + SUTURA + IMOBILIZAÇÃO.
PACIENTE CLINICAMENTE ESTÁVEL. DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETA. EM USO DE TALA GESSADA COXOPODÁLICA.
EXAME FÍSICO: EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRL AO TOQUE; NVC: PRESERVADO; FO: SEM SINAIS FLOGÍSTICOS;

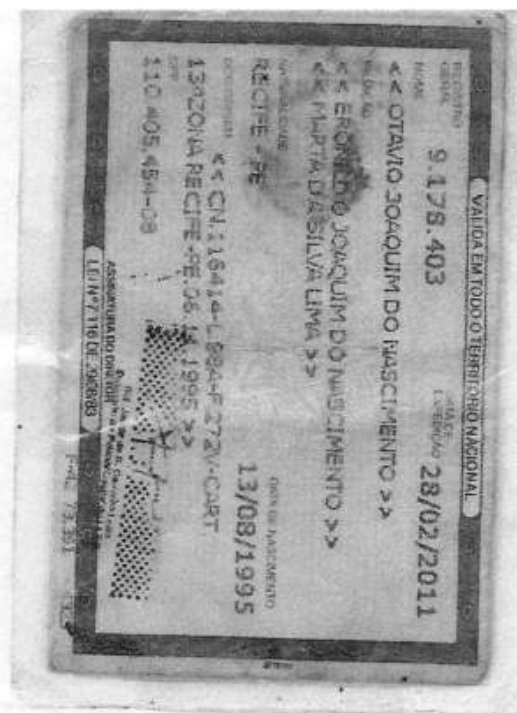
Dr. Mauricio César
Médico
CRM-PE 17.459

Recife, 20 DE MAIO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martín, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





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

NOME
 MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
 6002127 SDP PE

CPE
 046.940.574-05

DATA NASCIMENTO
 28/10/1984

FILIAÇÃO
 MARCOS JOSE FERREIRA
 DA SILVA
 TEREZINHA DE JESUS
 MACEDO SIQUEIRA

PERMISSÃO
 ACC CAT. HAB
 D

Nº REGISTRO
 03322669175

VALIDADE
 19/09/2021

Nº HABILITAÇÃO
 06/07/2004

OBSERVAÇÕES
 Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
 20/09/2016

ASSINATURA DO EMISSOR
 42451490605
 PE074758993

DETRAN - PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1302138018

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1302138018



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
 Data do Acidente: _____ CPF da vítima: _____
 Portador da documentação: _____
 Qualificação do Portador: ☐ Vítima ☐ Representante legal, cujo parentesco com a vítima é: _____
 Endereço do portador: _____
 Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: () _____
 E-mail: _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: _____
 Identidade: _____
 Assinatura: _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
☐ Comprovações (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo recatário médico (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: 13/11/19
 Nome: Roberto L.
 Assinatura: _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190651976 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.
P 1/2/3/4

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190651976 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.
P 1/2/3/4

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO ESPECÍFICA PARA SEGURO DPVAT

Nome: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
CPF: 110.405.454-08 RG: 9178403 Órgão Expedidor: SDS - PE
Profissão: CHAPEIRO Fone: _____
Endereço residencial: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

O outorgante, acima qualificado, nomeia e constitui procurador o senhor:

MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA, Brasileiro, solteiro, Estudante, RG: 6002127, Órgão Expedidor SDS-PE e CPF: 046.940.574-05, Residente á Rua 75, nº 36, Maranguape Um, Paulista, Pernambuco;

Outorgando-lhe os poderes para representar o outorgante acima citado, especificamente nas repartições públicas e privadas tais como:

- Polícia Militar e Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco (PMPE, CBMPE), com o intuito de solicitar e receber cópia de Boletim de Ocorrência Militar e ficha de Atendimento Pré Hospitalar;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Sede e Região Metropolitana do Recife com o objetivo de solicitar e receber Ficha de Atendimento Pré Hospitalar;
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais públicos e privados, como (HMA, HR, HDE, HPS) entre outros, no intuito de solicitar e receber cópias de prontuários médicos;
- Mais os especiais de acordar, discordar, transigir, renunciar, desistir, receber e dar quitação, praticar, enfim, todos os atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, representando o outorgante em instituições que participam do consórcio do seguro Dpvat, (Reguladoras e Seguradoras) poderes, estes, para a finalidade específica de entrada do seguro DPVAT.



_____, _____ de _____ de _____
OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
assinatura do OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411129/19

Vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

CPF: 110.405.454-08

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/04/2019

Titular do CPF: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA : 046.940.574-05

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

OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO : 110.405.454-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019
Nome: MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA
CPF: 046.940.574-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA





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, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651976

Vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

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 15147301

Pag. 00789/00790 - 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, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651976

Vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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. 01667/01668 - carta_03 - INVALIDEZ

00050834



Carta nº 15149571





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, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651976

Vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **000003205-0**

Conta: **0000020568-0**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 110-405.454-08 4 - Nome completo da vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO 6 - CPF: 110.405.454-08
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Prata 9 - Número: 292 10 - Complemento:
11 - Bairro: Guabiruba 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.291-092
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2050 CONTA: 20568
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 13 de novembro de 2019

OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190/651976 3 - CPF da vítima: 110.405.454-08 4 - Nome completo da vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO 6 - CPF: 110.405.454-08
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Rua Prata 9 - Número: 242 10 - Complemento:
11 - Bairro: Guabiruba 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52291-092
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3205 0 CONTA: 20568 0 AGÊNCIA: 0 0 CONTA: 0 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascer ou vai nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 13 de Novembro de 2019

OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA - DP18ªCIRC
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0108002495**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/10/2019** às **11:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **16/4/2019** às **18:09**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DA RECUPERAÇÃO, 1** - Bairro: **CORREGO DO JENIPAO** - **RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
TONI (OUTRO)
OTÁVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

OTÁVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARTA DA SILVA LIMA** Pai: **ERONILDO JOAQUIM DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **13/8/1995** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9178403/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:
- **983267425**
- **988707641**

Endereço Residencial: **RUA DA PRATA, 242 - CEP: 55000-000 - Bairro: BREJO DA GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **AVENIDA NORTE, 1, BREGOSO BURG - CEP: 55000-000 - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

TONI (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA CORREGO JOSE IDALINO, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: BREJO DA GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TONI**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TONI**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

17/10/2019 11:16



Cor: **LARANJA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFB2340** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

AUTOMOVELO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/VW/POLO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE ESTAVA INDO AO TRABALHO NA GARUPA DE UM MOTOTAXISTA DE NOME TONI, QUE SE ENVOLVEU NUMA COLISÃO COM O AUTOMOVELO POLO DE COR PRETA DE PLACA NÃO IDENTIFICADA E A MOTOCICLETA BROZ DE COR LARANJA PLACA PFB-2340, NA AV. DA RECUPERAÇÃO S/N, CORREGO DO GENIPAPO RECIFE-PE, NO QUAL FORA VITIMADO O SRº OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO, ATENDIDO PELA UNIDADE TÁTICA DE RESGATE DO GRUPAMENTO DE BOMBEIROS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR, COMANDADA PELO SD 7110642 ARAUJO. FOI TRANSPORTADO PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA CAXANGÁ, REGISTRADO COM O PRONTUÁRIO Nº 1291204, COM RELATO DE DOR EM MIE + CORTE CONTUSO S / SANGRAMENTO NO MOMENTO APÓS TRAUMA EM PERNA ESQUERDA, SENDO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE.

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

OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **SEVERINO BARBOSA DO NASCIMENTO** - Matrícula: **221565-9**



17/10/2019 11:16





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 110-405.454-08 4 - Nome completo da vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO 6 - CPF: 110.405.454-08
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Prata 9 - Número: 292 10 - Complemento:
11 - Bairro: Guabinaba 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.291-092
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2050 CONTA: 20568
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 13 de novembro de 2019

OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000672 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). ERONILDO JOAQUIM DO NASCIMENTO, 47 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 3821370 SSPPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 847.714.544-00, residente à RUA PRATA, nº 242, GUABIRABA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 16/04/2019, por volta das 18:09 hs, no endereço: AV. DA RECUPERAÇÃO, S/N, CORREGO DO GENIPAPO RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo AUTOMOVELO POLO PRETA DE PLACA NÃO IDENTIFICADA ; MOTOCICLETA BROZ LARANJA PFB2340-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO, inscrito sob o CPF nº 110.405.454-08 e Registro Geral nº 9178403, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 7110642 ARAUJO. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário nº 1291204. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 17/10/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000672

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



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: 10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03205-0

CONTA: 000000020568-0

Nr. Autenticação

BRADESCO101220190500000000002370320500000002056884375 PAGO



DADOS DO CLIENTE ERONILDO JOAQUIM DO NASCIMENTO CPF: 847.714.454-00	DATA DE VENCIMENTO 10/12/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 63,23	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 12/11/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 12/11/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 084456419	CONTA CONTRATO 000066013014 Nº DO CLIENTE 2000034200 Nº DA INSTALAÇÃO 0002946868
	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA PRATA 242 GUABIRABA/RECIFE 52291-092 RECIFE PE	RESERVADO AO FISCO 6394.CEB4.E711.31ED.450E.3258.9E15.06B2		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br			

DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)		66,00	0,78666762	51,92
Acréscimo Bandeira AMARELA				0,87
Acréscimo Bandeira VERMELHA				1,47
ICMS Subvenção-CDE-NF 076701800-10/09/19				0,62
Multa por atraso-NF 076701800 - 10/09/19				1,42
Multa por atraso-NF 034913865 - 11/10/18				0,86
Juros por atraso-NF 076701800 - 10/09/19				0,09
Juros por atraso-NF 034913865 - 11/10/18				4,84
Atualização IGPM-NF 034913865 - 11/10/18				1,14
TOTAL DA FATURA				63,23

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
54,26	25,00	13,56	54,26	0,92	0,49	54,26	4,25	2,30

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54833008		kWh
		NOV 19	66
		OUT 19	66
		SET 19	85
		AGO 19	72
		JUL 19	72
		JUN 19	62
		MAI 19	30
		ABR 19	0
		MAR 19	30
		FEV 19	80
		JAN 19	52
		DEZ 18	64
		NOV 18	74

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
	R\$ %
Geração de Energia	18,62 34,32
Transmissão	1,85 2,41
Distribuição (Célpe)	11,26 20,75
Encargos Setoriais	2,64 4,87
Tributos	16,35 30,13
Perdas de Energia	3,54 6,52
TOTAL	54,26 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
M00381	CAT	11/10/2019	7.505,00	12/11/2019	7.571,00	32	1,00000	0,00	66,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/12/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 0,00		
EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 19,69					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! farmacia valdir: rua santa tereza passarinho / t.j. de albuquerque ferreira: correjo jose idalino brejo da guabiraba Lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.anel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">NÍVEIS DE TENSÃO</th></tr> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL (V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th></tr> <tr> <th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td></tr> </table>	NÍVEIS DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
NÍVEIS DE TENSÃO															
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)														
	MÍNIMO	MÁXIMO													
220	202	231													
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA															

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000066013014	11/2019	63,23	10/12/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SQ: 959.313.123
DESTINATÁRIO

10/04/2019

229700



CTC RECIFE PE PL2
MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA
SETENTA E CINCO C 036
MARANGUAPE I
53441-040 PAULISTA PE



7213099639888630000022970030100419



Scanned by CamScanner





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-31-09 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

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/PRIMEIROTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ADESA, 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu WILSON LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.940.574-05 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
OLAVIO JOSEIM DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.405.454-09
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima OLAVIO JOSEIM DO NASCIMENTO
inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.405.454-09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.
☒ Recusa 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 75</u>	Número: <u>36</u>	Complemento: <u>CSA</u>
Bairro: <u>MONTEGUAPE UM</u>	Cidade: <u>Pauista</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53.441-040</u>	Tel. (DDD): <u>81.99669-4991</u>

Local e Data: Pauista - 20/11/2019

Wilton de J. Ferreira
Assinatura do Declarante

Scanned by CamScanner

