



Número: **0007609-02.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>TALITA KARINE SILVA PESSOA (AUTOR)</b>	<b>JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)</b>
<b>TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
63167 447	08/06/2020 15:49	<a href="#"><u>2725532_CONTESTACAO_01</u></a>



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo:** 00076090220208172001

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

**TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.**, empresa seguradora com sede à Rua Sampaio Viana, 44 - Paraíso - São Paulo - SP - CEP: 04004-001, inscrita no CNPJ sob o número 33.164.021/0001-00 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **TALITA KARINE SILVA PESSOA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de 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 **01/11/2016**, restando permanentemente inválida.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaoportoadvocacia.com.br](http://www.joaoportoadvocacia.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 15:48:59  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060815485940800000062014093>  
Número do documento: 20060815485940800000062014093

Num. 63167447 - Pág. 1

## 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>.

### 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.

<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;

<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)



## **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

## **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **01/11/2016**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**.

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 parciais<sup>4</sup>.

<sup>4</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° 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA

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



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 STJ<sup>5</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.350,00 (UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS)**.

#### **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>6</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>7</sup>

---

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>5</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.”

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



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

#### DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

#### CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

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

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

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- 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 expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro, RJ.

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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



Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 2 de junho 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)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 15:48:59  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060815485940800000062014093>  
Número do documento: 20060815485940800000062014093

Num. 63167447 - Pág. 6

## QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**



**TABELA DE GRAADAÇÃO**

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



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **TOKIO MARINE SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **TALITA KARINE SILVA PESSOA**, em curso perante a **13ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00076090220208172001.

Rio de Janeiro, 2 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 15:48:59  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060815485940800000062014093>  
Número do documento: 20060815485940800000062014093

Num. 63167447 - Pág. 9



Número: **0007609-02.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

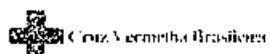
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>TALITA KARINE SILVA PESSOA (AUTOR)</b>	<b>JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)</b>
<b>TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
63167 449	08/06/2020 15:49	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>



Hospital Regional de Emergência e Trauma  
Senador Hélio Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALVES - 58122-34 - PB

Boletim de Atendimento: 958378

Documentação médica - hospitalar



### Identificação do paciente

ID	Nome			Sexo
1100699	TALITA KARINE SILVA PESSOA			Feminino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário
03/03/1993	24 anos 4 meses 22 dias	SOLTEIRO(A)	CATÓLICA	198434
Mãe	Pai			
MARINALVA MARIA DA SILVA	SANDRO LUIS GONCALVES PESSOA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
MÉDIO COMPLETO	- PAI			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo	
81	989008923	81	994368432	
Tipo documento		Número documento		
REGISTRO DE NASCIMENTO		134831		
Número Cnes		706202020883963		
Local de procedência		UF		
CAPOARA		PB		
Email	Naturalidade	CEP/R		
	RECIFE			

### Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
55900000	GOIÂNIA	PE	BECO DA GRANJA
Número	Complemento		Painel
131			CENTRO

### Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convenio
01/11/2016 19:28:36	1000005451936	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente	
Caráter de atendimento	SAMU	
URGÊNCIA		
Motivo do atendimento	Detalhe do acidente	
ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	VEÍCULO X VEÍCULO	

### Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Sim	Sim
Meio de transporte	Quem transportou		
SAMU	SAMU		

### Sinais Vitais

PA	mmHg	P脉	Temperatura
x			

### Exames complementares

Rádio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos						

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

Diagnóstico	CID
Atendido por	Tempo
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO	03min 25seg
Inter-Inter	

25/07/2017 08:29





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	TALITA KARINE SILVA PESSOA
DATA DE NASCIMENTO	03/03/93
NOME DA MÃE	MARINALVA MARIA DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	958.378
PRONTUÁRIO N.º	98.434
DATA DO ATENDIMENTO	01/11/16
HORA DO ATENDIMENTO	19:28
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S)	TCE MODERADO
CID 10	V 43 + S 06.8 + S 04.2

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE AUTOMÓVEL, RESGATADO PELO SAMU, PROCEDENTE DE CAAPORÃ, APRESENTANDO OTORRAGIA BILATERAL + CEFALÉIA + OFTALMOPARESIA ABDUCENTE BILATERAL, SEM DÉFÍCIT MOTOR APENDICULAR + HIPOACUSIA E PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA ESQUERDA + HEMOTÍMPCANO ESQUERDO + COÁGULOS EM OUVIDO DIREITO. GLASGOW 13 (3 + 4 + 6).

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRÂNIO- EM ANEXO
USG DE ABDOMEM TOTAL- FAST
RX DE TÓRAX + RX DE BACIA

### TRATAMENTO

PACIENTE EM TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TCE, COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA ESQUERDA + LESÃO DO IV PAR DOS NERVOS CRANIANOS. ALTA COM RETORNO AO NCR/OTORRINO. MEDICADA.

ALTA HOSPITALAR:	09/12/2016
DATA DA EMISSÃO:	26/02/2017

Dr. Joacila Braga Brandão  
CRM: 1741/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017



20/12/2017

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL  
(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Serviços Barra GovBr

(http://www.vlibras.gov.br/)



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 111.266.084-40

Nome: TALITA KARINE SILVA PESSOA

Data de Nascimento: 03/03/1993

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 10/05/2011

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 11:39:03 do dia 20/12/2017 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 5B53.409F.601D.EB7A



ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017



20/12/2017

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”  
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Documentação médica - hospitalar



CEMOG  
CENTRO MÉDICO DE GOIÂNIA

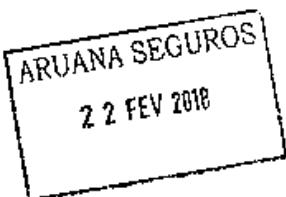
Rua da Soledade, 761 - Centro  
81 3626-0900 | 81 9991-1713  
81 98944-1713  
cemog@cemog.com.br

TRAVITI KARINNE SILVA PASSOS

LARU MÉDICE

FAULENTE 24 ANOS, VITIMA DE ACIDENTE  
PULMONAR VISTO EM CALÇADA, NA 3100.  
APRESENTOU OBSTRUÇÃO GLÁTERRA, PULMONAR, E OFI-  
CIALÍNICA (E) E FEVEREIRO. NO VI SAR, SEM  
EFETO FUR TRATAMENTO CONSERVADORE, A  
MENOS APRESENTA EXAME NEGATIVO.  
EXAM. ALTERP CTBS SIGNIFICATIVO.

EXAM. VUS | G44.3



Mathias Góes  
Neurologia  
CRM-GO 20250  
16/03/2018





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPIRAÇÃO
8.558.158	31/05/2008
NOME	
<< TALITA KARINE SILVA PESSOA >>	
PILHAÇÃO	
<< SANDRO LUIIS GONÇALVES PESSOA >>	
<< MARINALVA MARIA DA SILVA >>	
MATRIZ/LOTE	DATA DE NASCIMENTO
RECIFE - PE	03/03/1993
DOC. ORIGEM	<< C.N.34831-L.31-A-F.141-CART.DE, GOIANA-PE,29.03.1993. >>
CPF	
ASSINATURA DO DIRETOR LEI N° 7.116 DE 29/06/93	

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF  
(Valido somente com documento de identificação.)

Nº do CPF: 111.222.888-49

Nome: TALITA KARINE SILVA PESSOA

Data de Nascimento: 03/03/1993

Comprovante emitido às 14:49:37 do dia  
10/05/2011 (hora e data de Brasília)

Código de Controle do Comprovante:



ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

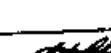
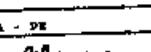


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 15:48:59  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060815485950400000062014095>  
Número do documento: 20060815485950400000062014095

Num. 63167449 - Pág. 7

*Documentos de identificação*



<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b> <b>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO</b> <b>PLACARIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO</b>	
<b>Nome:</b> <b>LIA GUILHERME MANGAIXA DE CARVALHO</b>	
<b>DOC. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL:</b> <b>00217118 SDR PE</b>	
<b>CPF:</b> 000.369.324-45 <b>DATA NASCIMENTO:</b> 01/11/1991	
<b>PLACARIA:</b> <b>MARCOS ANDRÉ ALBUQUERQUE</b> <b>DE BR CARVALHO</b> <b>ROBERTA ALBUQUERQUE</b> <b>MARQUESINA ALBUQUERQUE</b>	
<b>PERÍODO:</b> <input type="text"/> <b>ACE:</b> <input type="text"/> <b>GE:</b> <input type="text"/>	
<b>NÚMERO:</b> 0490032338230 <b>VALOR:</b> 08/01/2020 <b>FINALIZADO:</b> 18/05/2018	
<b>OBSERVAÇÕES:</b> <b>nenhuma observação</b>	
 <b>Assinatura do Motorista</b>	
<b>LOM:</b> <input type="text"/> <b>DATA EMISSÃO:</b> 08/01/2018 <b>PAULISTA - PE</b>	
 <b>Assinatura do Detran</b>	
<b>DETTRAN - PE (PERNAMBUCO)</b>	

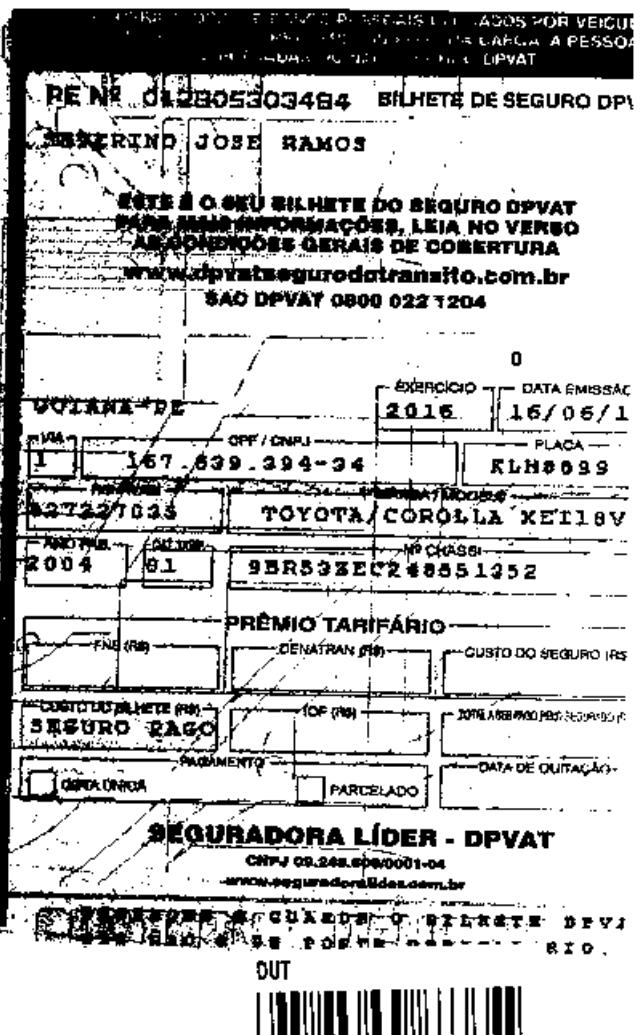
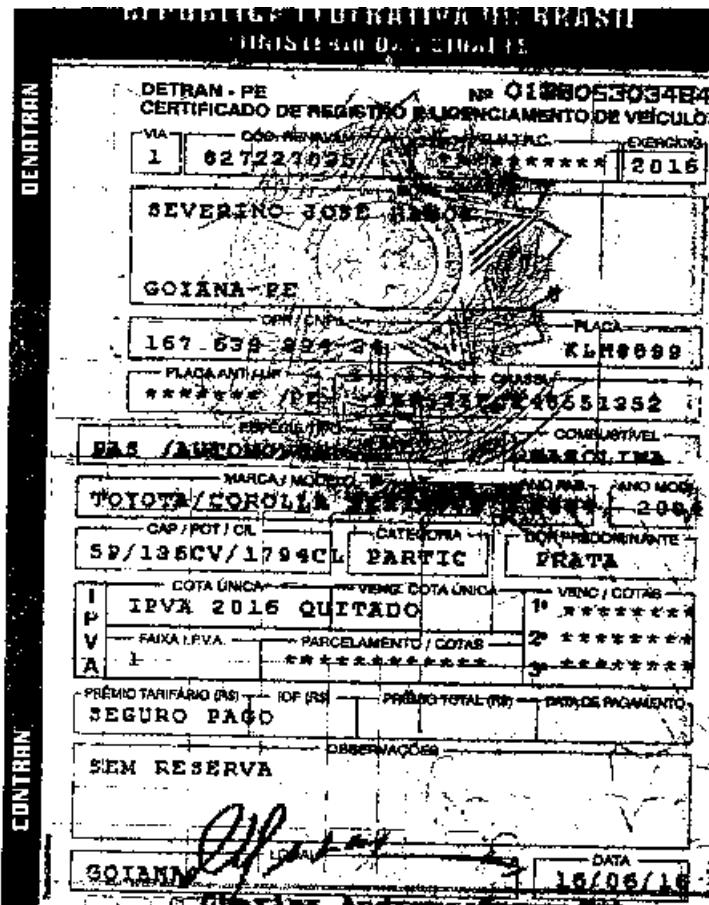
ARJANA SEO '80S

20 DEZ 2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 15:48:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060815485950400000062014095>  
Número do documento: 20060815485950400000062014095

Num. 63167449 - Pág. 8



AMERICAN STUDIES

29 DEZ 2017





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180001411      **Cidade:** Capim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TALITA KARINE SILVA PESSOA      **Data do acidente:** 01/11/2016      **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE  
COMPANHIA DE SEG

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/01/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TCE COM LESÃO DE IV PAR DOS NERVOS CRANIANOS

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO.

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180001411      **Cidade:** Capim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TALITA KARINE SILVA PESSOA      **Data do acidente:** 01/11/2016      **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE  
COMPANHIA DE SEG

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TCE COM LESÃO DE IV PAR DOS NERVOS CRANIANOS

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR EVOLUINDO COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA À ESQUERDA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

### DANOS

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

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180001411      **Cidade:** Capim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TALITA KARINE SILVA PESSOA      **Data do acidente:** 01/11/2016      **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE  
COMPANHIA DE SEG

### PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo crânio encefálico, com lesão do nervo facial esquerdo.

**Descrição do exame** Lesão do nervo facial esquerdo com paresia à esquerda.  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador.  
Realizou fisioterapia.  
Alta médica.

**Sequelas permanentes:** Lesão do nervo facial esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 09/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Lesão facial.

**Médico examinador:** LEONARDO DE FARIA NEVES

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

### PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** MARCO ANTONIO TARTARELLA

**CRM do médico:** 41033

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 15:48:59  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060815485950400000062014095>  
Número do documento: 20060815485950400000062014095

Num. 63167449 - Pág. 13

Procuração



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Talita Karine Silva Pessoa

Identidade: 8.558.158 CPF: 111.266.084-40 Estado Civil: Solteira

Profissão: Vendedora End: Be da Guanya, 131,  
Eintra, Goiana

Outorgado: Leuá Guilherme mangabeira da Farvalho

Identidade: 8.317.118 CPF: 083.562.324-65 Estado Civil: casado

Profissão: Aux. Administrativo End: Rua Blaue da Lourdes,  
170 D, Eintra, Goiana

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para  
resolver todas as questões administrativas, referente ao SEGURO DPVAT, que figura como  
vítima Talita Karine Silva Pessoa

Identidade: 8.558.158 CPF: 111.266.084-40

Goiânia 06 de Dezembro de 2017



Talita Karine Silva Pessoa

Serviço Notarial e Registral do 2º Ofício/Cartório Maria Helena  
Rua Dr. Júlio Bittar, 39 - Fone/Fax: (62) 3204-4311 - (62) 3204-4312 - Celular: (62) 99999-7777  
Reconheço Por Autenticidade a firma de: TALITA KARINE SILVA  
PESSOA. Dou fé. Goiana, 06/12/2017 11:29:32. Em  
testemunho Leuá da verdade. A tabelia Leuá  
Enol. R\$0,00, TNR R\$0,78  
PESO R\$0,37 Total: R\$4,66 Selo: 0072628.GYR1201702.00243 consulte  
autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

*Manata P21/10/2017  
Escrivão 12*

ARUANA SEGUROS  
20 DEZ 2017



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180001411

**Nome do(a) Examinado(a):** TALITA KARINE SILVA PESSOA

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA BC DA GRANJA, 131 - Goiana/PE - CEP 55900-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 8558158 - sds-pe - 31/05/2008

**Data e Local do Acidente :** 01/11/2016 - Caaporã, PB

**Data e Local do Exame :** 09/03/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

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

TCE, moderado com lesão de de nervo facial

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

Tratado conservadoramente com suporte clinico, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 2 meses

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

vitima consciente e orientada ao exame, sem deficit cognitivo, realiza contato verbal e visual com entrevistador, apresenta paresia de nervo facial a esquerda discreta.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

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

Sequela de grau residual neurológica de TCE, com lesão de nervo facial



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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

“Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

“Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal

Região Corporal

lesão neurológica

% do Dano  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do Dano  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal

Região Corporal

% do Dano  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do Dano  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

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





---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 15:48:59  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060815485950400000062014095>  
Número do documento: 20060815485950400000062014095

Num. 63167449 - Pág. 17

Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **TALITA KARINE SILVA PESSOA**

Nº Sinistro: **3180001411**  
Vitima: **TALITA KARINE SILVA PESSOA**  
Data do Acidente: **01/11/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180001411**.

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 12166191



---

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **TALITA KARINE SILVA PESSOA**

**Sinistro:** 3180001411  
**Vítima:** TALITA KARINE SILVA PESSOA  
**Data do Acidente:** 01/11/2016  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180001411** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **TALITA KARINE SILVA PESSOA**  
Nº Sinistro: **3180001411**  
Vitima: **TALITA KARINE SILVA PESSOA**  
Data do Acidente: **01/11/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180001411**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pág. 01989/01990 - carta\_03 - INVALIDEZ

00070995  


A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS 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.

Carta nº 12322967

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

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **TALITA KARINE SILVA PESSOA**

**Sinistro:** 3180001411  
**Vítima:** TALITA KARINE SILVA PESSOA  
**Data do Acidente:** 01/11/2016  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180001411** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 17 de Março de 2018

Carta nº: 12530716

A/C: TALITA KARINE SILVA PESSOA

**Nº Sinistro:** 3180001411  
**Vitima:** TALITA KARINE SILVA PESSOA  
**Data do Acidente:** 01/11/2016  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: TALITA KARINE SILVA PESSOA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000774

Conta: 0000048350-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Autorização de pagamento**

**Seguradora**  
**LIDER**  
Sua Segurança é o Nosso Desafio

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO E DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCUL**

**Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 3521204 ou 0800 3521216 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)**

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade** do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número de Sinistro ou ASI: **CPF do Titular** **151.266.084 - 40** Nome completo do Titular **Talita Karine Silva Pessoa**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo **Talita Karine Silva Pessoa** CPF titular da conta **151.266.084 - 40** Profissão **Recusou**  
 Endereço **86 da Granya** Número **131** Complemento   
 Bairro **Centro** Cidade **Aracaju** Estado **SE** CEP **55900 - 000**  
 Email **massessoriarendencias@outlook.com** Telefone (DDDI)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, como anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> <b>RECUSOU INFORMAR</b>	<b>SEM RENDA</b>	<b>ATÉ R\$ 1.000,00</b>	<b>R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00</b>
	<b>R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00</b>	<b>R\$ 4.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00</b>	<b>R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assim, não informar opção)	<b>BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)</b>	<b>CONTA CORRENTE (Indicar o Banco)</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (114)</b>		<b>AGÊNCIA</b>	
<b>AGÊNCIA</b>	<b>CONTA</b>	<b>AGÊNCIA</b>	<b>CONTA</b>
<b>074</b>	<b>013</b>	<b>074</b>	<b>000</b>
<small>Informar digito se estiver</small>	<small>Informar digito se estiver</small>	<small>Informar digito se estiver</small>	<small>Informar digito se estiver</small>

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**ARUANA SECUR**

**Aracaju 06 de Dezembro de 2017**  
 Letra e Data

**20 DEZ 2017**

**Talita Karine Silva Pessoa**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE 001 V001/2017



**AUTO-ATENDIMENTO - AG GOIANA**

DATA: 05/12/2017 HORA: 08:59:23  
TERMINAL: 07741487 CONTROLE: 077414870000

AGÊNCIA: 0774 - GOIANA  
CONTA: 013.00048350-9  
CLIENTE: TALITA KARINE SILVA PESSOA

**EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA****SALDOS POR DATA LIMITE**

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
17/11	[REDACTED]

**MOVIMENTAÇÃO**

DATA NR. DOC HISTÓRICO VALOR

**SALDO ANTERIOR****Novembro**

17/11	000005	PARSEG-DES	[REDACTED]
17/11	171753	SAQUE ATM	[REDACTED]
17/11	171755	SAQUE ATM	[REDACTED]
17/11	171748	COMPRA ELO	[REDACTED]
18/11	000020	REM BÁSICA	[REDACTED]
18/11	000000	CREDO JUROS	[REDACTED]
29/11	291500	SAQUE ATM	[REDACTED]
29/11	171129	SAQUE TERMINAL	[REDACTED]

**RESUMO EM 04/12****SALDO****RESUMO DO DIA****SALDO BLOQUEADO****SALDO DISPONÍVEL****SALDO TOTAL****EXTRATO DE COMPRAS COM CARTÃO DE DÉBITO**

DT COMP	HORA	ESTABELECIMENTO	VALOR
17/11	17:48	POSTO SANTA ISABEL	[REDACTED]

**T O T A L****Informações, reclamações, sugestões e elogios****SAC CAIXA: 0800-726 0101****Ouvidoria da CAIXA: 0800-726 7474****www.caixa.gov.br**

ARUANA SEGUROS,  
20 DEZ 2017





ESTADO DA PARAÍBA  
POLÍCIA MILITAR

Bolotim de ocorrência



GOVERNO DA PARAÍBA		ESTADO DA PARAÍBA POLÍCIA MILITAR	
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 695 /2016		Nº CIOP/COPOM: 00000000000000000000000000000000	
UO/p/SUO/p	Data da Ocorrência	Hora	Endereço da Ocorrência (Rua, Bairro, Cidade e UF)
	07/10/2016	17:30 min.	PO 044
Ponto de Referência CAPIM DE CHEIRO DE BAIXO		Código da Ocorrência	
Natureza da Ocorrência ACIDENTE DE TRÂNSITO			
Comandante da Guarda (Nome, Posto/Grad. e Matrícula) 3º SGT ARIMAYARA		Prefixo da Viatura 6049	
Motorista (Nome, Grad. e Matrícula) CB ALCEDES		Patrulheiro 01 (Nome, Grad. e Matrícula)	
Nome Completo do Solicitante INICIATIVA PRÓPRIA		Número(s) do(s) Telefone(s) do Solicitante(s)	
Endereço Completo do Solicitante (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF) 15 CIMA			
Acusado (s)			
Nome Completo		Data de Nascimento (d/m/a)	
Nome Completo da Genitora		Nº RG/Órgão Expedidor	Nº CPF
Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)			Nº CNH
Ponto de Referência		Profissão Declarada	
Informações Biométricas			
Cor do Pele:	Altura Estimada:	Cor dos Cabelos:	Cor dos Olhos:
Marca(s) Característica(s) (Assinatura)			Compleição Física: ( ) Normal ( ) Magro ( ) Gordo
( ) Tatuagem ( ) Cicatriz ( ) Sinal da Nascerça ( ) Outros			Alcunha
(Descrever Marca/Característica)			
Nome Completo		Data de Nascimento (d/m/a)	
Nome Completo da Genitora		Nº RG/Órgão Expedidor	Nº CPF
Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)			Nº CNH
Ponto de Referência		Profissão Declarada	
Informações Biométricas			
Cor do Pele:	Altura Estimada:	Cor dos Cabelos:	Cor dos Olhos:
Marca(s) Característica(s) (Assinatura)			Compleição Física: ( ) Normal ( ) Magro ( ) Gordo
( ) Tatuagem ( ) Cicatriz ( ) Sinal da Nascerça ( ) Outros			Alcunha
(Descrever Marca/Característica)			
Vítima(s)			
Nome Completo		Data de Nascimento (d/m/a)	
Nome Completo da Genitora		Nº RG/Órgão Expedidor	Nº CPF
Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)			Nº CNH
Ponto de Referência		Nº Telefone(s)	Profissão Declarada
Nome Completo		Data de Nascimento (d/m/a)	
SEVERINO FERREIRA DA NASCIMENTO			
Nome Completo da Genitora		Nº RG/Órgão Expedidor	Nº CPF
Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)			Nº CNH
Ponto de Referência		Nº Telefone(s)	Profissão Declarada
Nome Completo		Data de Nascimento (d/m/a)	
SEVERINO JOSÉ RAMOS			
Nome Completo da Genitora		Nº RG/Órgão Expedidor	Nº CPF
ALICE DA SILVA MELO		1765048 558 PB	
Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)			Nº CNH
Ponto de Referência		Nº Telefone(s)	Profissão Declarada
Testemunha(s)			
Nome Completo		Data de Nascimento (d/m/a)	
Número(s) do(s) Telefone(s) da Testemunha(s)		Nº RG/Órgão Expedidor	Nº CPF
( )			
Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)			Nº CNH
Ponto de Referência		7º DISTRITO JUDICIÁRIO DA FORTALEZA - CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DA ENTRALHADA	Profissão Declarada
Nome Completo		ACONARCA DE RECIFE	Data de Nascimento (d/m/a)
( )		Autenticação da Fópia: Réplica reproduzida de documento original. Devo ser serventia, que confere com o original. Devo ser Recife, 13 de dezembro de 2017, se test.	
Número(s) do(s) Telefone(s) da Testemunha(s)		Vila da Serra (Escrevente Substituto)	Nº CPF
( )		Edu.: R\$ 2,82 Taxa: R\$ 1,16 Total: R\$ 3,98	
Ponto de Referência		Valido com o selo 0074203.PME12201701.03590	Profissão Declarada
ARUANA SEGUROS			
20 DEZ 2017			

Consulta realizada em: 08/06/2020 15:48:59

Recebido às 23 h 15 min., de 01/11/2016 (s) Acusado(s), arma(s) e/ou objeto(s) descritos nest

## documento

1017 1996 30 5120

1877-88

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2012

www.ijerph.gov.tw

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 08/06/2020 15:48:59

Assinado eletronicamente por: ANTONIO VES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 15:48:59  
<https://pje.tjpe.tj.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?y=2006081514589504000000062014095>

Número do documento: 20060815485950100000062014095

Num. 63167449 - Pág. 26

Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0271204 ou 0800 0271249 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL, caso seja aplicável sem rasuras. O Representante Legal é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso, em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima: talita Karine Silva Pessoa CPF da Vítima: 111.266.084-40 Data da Acidente: 01.11.2016

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal: talita Karine Silva Pessoa CPF do Representante Legal: 111.266.084-40  
Email: marianenapindi.nelas@outlook.com Telefone (DDI):

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

Assinale uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende à região do acidente ou da minha residência; ou  
 O estabelecimento do IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
 O estabelecimento do IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o efeito 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 da análise da minha demanda, juntamente com a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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 assinatura médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

Goiana 20 de dezembro 2017

Local e Data

talita Karine Silva Pessoa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Data: 001/0001/2017





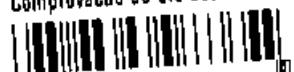
VISTO EM: 23/11/17

Comandante do BAPH

Katty Sabrina do Nascimento Silva  
TEN CEL 521.280-4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

Comprovação de elo declaratório



João Pessoa-PB, 23 de Novembro de 2017.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 466/2017**

Certifico que, revendo as fichas de ocorrências aziendidas no dia 01/11/2016, conforme requerimento nº 432/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 18h40min o/a Sr.(a) **TALITA KARINE SILVA PESSOA**, CPF: 111.266.084-40, vítima de acidente de trânsito (colisão (carro x carro)), ocorrido na PB-044, Zona Rural – Alhandra/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-26 tendo como chefe o/a **SRAGENTO BM ALEXANDRE MARTINIANO DA SILVA**, Matrícula: 522177-3. Vítima desorientada, com otorragia bilateral, nasorragia e dores na região da pelve. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu, André Vieira de Souza, SD BM Mat. 523518-9, auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Chefe, 3ª Seção  
TEN. QOABM 517240-3

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.  
Rua Doutor Orantes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Condim, 58.031-090, João Pessoa-PB.  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: cmphb@bombeiros.pb.gov.br



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TALITA KARINE SILVA PESSOA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000048350-9

---

Nr. da Autenticação CF09921D6C33CE12



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 15:48:59  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060815485950400000062014095>  
Número do documento: 20060815485950400000062014095

Num. 63167449 - Pág. 29



Declaracao Circular SUSEP 445/12



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 112.1296 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, aporte, capital, IPVA e resseguro.

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

Pelo exposto, eu, Leila Epitácio de Araújo, inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324-65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Talita Karine Silva Pessoa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.266.084-40, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da vítima Talita Karine Silva Pessoa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.266.084-40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios.

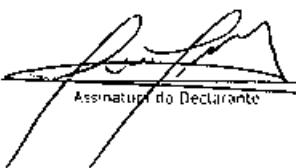
Reciso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider 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	Rua Blaue de laixias	Número	170	Complemento	10
Bairro	Centro	Cidade	Aracaju	Estado	CEP
Email	<u>marianorodriguezpendencias@outlook.com</u>	Telefone comum/celular/fixo:	(81) 3011-3224	Telefone celular/fixo:	(81) 9.9808-6287

Aracaju 06 de Dezembro de 2017  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

DLDPVAT.V001/2017

