



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	
TALITA KARINE SILVA PESSOA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63167 447	08/06/2020 15:49	2725532_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



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 SEGURODORA 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 **SEGURODORA 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 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.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.350,00 (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.joaobarbosaadvass.com.br



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

¹ [1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

² [1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³ "APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.350,00 (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 parciais⁴.

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 SOFRIA 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.joaobarbosaadvass.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 STJ⁵.

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

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

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

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

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

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

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

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

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.”

⁶ “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 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

⁷ 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. RAFAELLA 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO 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 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/PE 4246, **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 **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

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





08/06/2020

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**

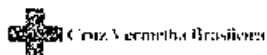
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
TALITA KARINE SILVA PESSOA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63167449	08/06/2020 15:49	ANEXO 1	Outros (Documento)



Hospital Hospital de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CMES - 1112234 - Tel: (081) 3333-3333

Boletim de Atendimento: 958378

Documentação médica - hospital



Identificação do paciente

ID	Nome			Sexo
1100599	TALITA KARINE SILVA PESSOA			Feminino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário
03/03/1993	24 anos 4 meses 22 dias	SOLTEIRO(A)	CATOLICA	98434
Mãe	Pai			
MARINALVA MARIA DA SILVA	SANDRO LUIS GONCALVES PESSOA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
MEDIO COMPLETO	- PAI			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo	
81	999999923	81	994368432	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
REGISTRO DE NASCIMENTO	34831	706202020883963		
Local de procedência	Tipo			UF
CAAPORA	MUNICIPIO			PB
Email	Naturalidade	CBOR		
	RECIFE			

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
55900000	GOIANA	PE	BECO DA GRANJA
Número	Complemento	Ponto	
131		CENTRO	

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
01/11/2015 19:28:38	1000005451936	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL II	CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente	
	SAMU	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Data do acidente
URGÊNCIA	ACIDENTE DE AUTOMOVEL	VEICULO X VEICULO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

Diagnóstico

CID

Atendido por

THIAGO FERNANDES DE ARAUJO

Tempo

03min 25seg

Imprimir

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 DÉFICIT MOTOR APENDICULAR + HIPOACUSIA E PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA ESQUERDA + HEMOTÍMPANO 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

Drª. 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



CMOG

CENTRO MÉDICO DE GOIÂNIA

Rua da Soledade, nº 1 - Jd. Santa Helena
81 3626-0900 | 81 3626-0705
81 98944-1713
cemog@centrogoi.com.br

TRUITA KARINE SILVA PASSOS

LAUDO MÉDICO

PALENTE 24 ANOS, VITIMA DE ACIDENTE
MOTOR, OCORRIDO EM CALÇADO, NA 31ª-
APRESENTOU OTORRÓIA BILATERAL, ORELHINHA
QUADRADA (C) E PARÓDIA DO VI (AR, SEM-
CETAS POR TRATAMENTO CONSERVADOR. ANTE-
MENTE APRESENTA EXAME NEUROLÓ-
GICO ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS.

CICLO V43 / 6443

ARUANA SEGUROS

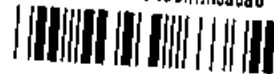
22 FEV 2018

Mathias (Gustavo) Carreira
Neurologia
CREMESP: 20160

25.03.2018



Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.558.158 DATA DE EXPIRAÇÃO 31/05/2008

NOME << TALITA KARINE SILVA PESSÔA >>

FILIAÇÃO << SANDRO LUIS GONÇALVES PESSÔA >>
<< MARINALVA MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 03/03/1993

DOC. ORDEM << C.N.34831-L31-A-F.141-CART.DE GOIANA-PE.29.03.1993. >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

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

Nº do CPF: 111.266.884-48

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



Documentos de identificação

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

NOME: LUIZ GUILHERME RAMOS DE CARVALHO
DOC. IDENTIFIC. (RG, CNH, etc.): 3217118-0/00 PE
CPF: 082.549.224-65 DATA NASCIMENTO: 01/11/1991
FUNÇÃO: MARCOS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO
NOME DA AGENCIA: NOME DA AGENCIA
PERMISSÃO: ACC. CCE. INH. E
V. FIM DO PERÍODO: 06/03/2020 V. INÍCIO: 08/01/2020 F. VALIDADE: 12/03/2019

VALIDEZ EM TODAS AS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1019700386

PROIBIDA PLASTICAÇÃO 1019700386

OPERAÇÕES com observações

LOCAL: PAULISTA - PE DATA: 12/01/2019

16448945286
F0044116493

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

ARQUIVADO
20 DEZ 2017



DETRAN

CONTRN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PE Nº 012B053034B4
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 000-RENTAL 02722/1025 2016

SEVERINO JOSE RAMOS

GOIANA-PE

167 639 394-34 KLN8099

PLACA ANTIGA ***** / PE 02722/1025 2016 46551352

ESP/CLAS/CON CONSULTIVEL
EAS /AUTOMOTORA 2004

MARCA / MODELO TOYOTA / COROLLA XE118V

CAP / POT / CL 59/136CV/1794CL PARTIC PRATA

COTA UNICA IPVA 2016 QUITADO VENC. COTA UNICA 1 *****

FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) PREÇOS PAGAMENTO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

GOIANA 15/06/16

GOIANA 15/06/16

GOIANA 15/06/16

GOIANA 15/06/16

RE Nº 012B053034B4 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEVERINO JOSE RAMOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAO DPVAT 0800 022 1204

GOIANA-PE EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 16/06/16

VIA 1 167 639 394-34 KLN8099

02722/1025 TOYOTA / COROLLA XE118V

2004 61 95R53ZEC246551352

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNE (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO POR SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

ARUVA SEGUROS

20 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

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

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
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

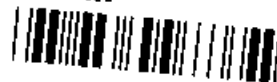
CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Talita Karine Silva Pessoa
Identidade: 8.558.458 CPF: 111.266.084-40 Estado Civil: Solteira
Profissão: Vendedora End: Be da Quarya, 131,
Embu, Goiana

Outorgado: Paulo Guilherme Mangabeira de Carvalho
Identidade: 8.317.118 CPF: 083.562.324-65 Estado Civil: casado
Profissão: Aux. Administrativo End: Rua Duque de Caxias,
170 D, Embu, 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: 8.558.458 CPF: 111.266.084-40

Goiana 06 de Dezembro de 2017



Talita Karine Silva Pessoa

Serviço Notarial e Registral do 2º Oficial Cartório Maria Helena
Rua Dr. Manoel Batista nº 355 Fone (31) 20654731 - (31) 2065 6142 Goiana - PE e-mail: maria.helena@pe.jus.br
Reconheço Por Autenticidade a firma de: TALITA KARINE SILVA
PESSOA. Dou fé. Goiana, 06/12/2017 11:29:32. Em
testemunho [assinatura] da verdade. A tabela
Emol. R\$ 0,00, TSNR R\$ 0,78,
PESS R\$ 0,07 Total: R\$ 0,85 Selo: 0072628.GYB1201702.00243 consultado
autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Mano da Paz
Escritorinha

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 - Órgão 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 clínico, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 2 meses

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

vítima consciente e orientada ao exame, sem déficit 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? ☒ Sim ☐ Não

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

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

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

lesão neurológica

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

% 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



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2017

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

Nº Sinistro: **3180001411**

Vítima: **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

Pag. 00481/00482 - carta_01 - INVALIDEZ



00030241



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** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00127/00128 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12180280



Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: TALITA KARINE SILVA PESSOA

Nº Sinistro: 3180001411

Vítima: 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

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.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01989/01990 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12322967



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** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00155/00156 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12463350



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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01539/01540 - carta_15R - INVALIDEZ

00010770





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

Autorização de pagamento



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0321204 ou 0800 0321205 (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 e 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 ou idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou AS

CPF do Titular

Nome completo do Titular

111.266.084-40

Talita Karine Silva Pessoa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Talita Karine Silva Pessoa	CPF titular da conta 111.266.084-40	Profissão Recepcionista
Endereço R. da Granja	Número 131	Complemento
Bairro Centro	Cidade Goiana	UF PE
E-mail marcessoriapendencias@adlook.com	Estado PE	CPF 55900-000
		Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATE R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUÇANÇA (conveniente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (conveniente para bancos)	
<input type="checkbox"/> BRASECO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> BANCO <input type="checkbox"/> nome	
AGÊNCIA 0774	CPF 013	CONTA 48350	CPF 9
<small>Informe o dígito se existir</small>	<small>Informe o dígito se existir</small>	<small>Informe o dígito se existir</small>	<small>Informe o dígito se existir</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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Goiana, 06 de Dezembro de 2017

Lugar e Data

ARUANA SEQUEIRO

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	

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR

Novembro

17/11	000005	PARSEG-DES
17/11	171753	SAQUE ATM
17/11	171755	SAQUE ATM
17/11	171748	COMPRA ELO
18/11	000000	REM BASICA
18/11	000000	CRED JUROS
29/11	291500	SAQUE ATM
29/11	171129	SAQUETERMINAL

RESUMO EM 04/12

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

EXTRATO DE COMPRAS COM CARTÃO DE DÉBITO

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

TOTAL

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 PARAIBA
POLÍCIA MILITAR

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 695 / 2016 Nº CIOF/COPOM: 11505

UOP/SUOP: 0110 Data da Ocorrência: 17 / 10 / 2016 Hora: 17 h 30 min. Endereço da Ocorrência (Rua, Bairro, Cidade e UF): PB 044

Ponto de Referência: CADIM DE CHEIRO DE BAIXO

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO Código da Ocorrência: 6049

Comandante da Guarnição (Nome, Posto/Grad. e Matrícula): 3º SGT. ARIMATELA Prefixo da Viatura: 6049

Motorista (Nome, Grad. e Matrícula): CB. ALCIDES Patrulheiro 01 (Nome, Grad. e Matrícula): Patrulheiro 02 (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):

Acusado(s)

Nome Completo: Data de Nascimento (d/m/a):

Nome Completo da Genitora: Nº RG/Orgão Expedidor: Nº CPF:

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): Nº CNH:

Ponto de Referência: Profissão Declarada:

Informações Biométricas: Cor da Pele: Altura Estimada: Cor dos Cabelos: Cor dos Olhos: Complementação Física: () Normal () Magro () Gordo

Marca(s) Característica(s) (Assinalar): Alcinha:

() Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros:

(Descrever Marca Característica):

Nome Completo: Data de Nascimento (d/m/a):

Nome Completo da Genitora: Nº RG/Orgão Expedidor: Nº CPF:

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): Nº CNH:

Ponto de Referência: Profissão Declarada:

Informações Biométricas: Cor da Pele: Altura Estimada: Cor dos Cabelos: Cor dos Olhos: Complementação Física: () Normal () Magro () Gordo

Marca(s) Característica(s) (Assinalar): Alcinha:

() Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros:

(Descrever Marca Característica):

Vítima(s)

Nome Completo: JOSEBENEDICTO FERREIRA DO NASCIMENTO Data de Nascimento (d/m/a):

Nome Completo da Genitora: Nº RG/Orgão Expedidor: Nº CPF:

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): Nº CNH:

Ponto de Referência: Nº Telefone(s): Profissão Declarada:

Nome Completo: SEVERINO JOSE RAMOS Data de Nascimento (d/m/a):

Nome Completo da Genitora: ALICE DA SILVA MELO Nº RG/Orgão Expedidor: 1765048 SSP PB Nº CPF:

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) do Testemunha(s): Nº RG/Orgão Expedidor: Nº CPF:

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): Nº CNH:

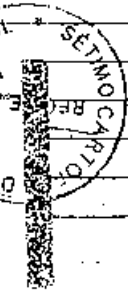
Ponto de Referência: Profissão Declarada:

Nome Completo: Data de Nascimento (d/m/a):

Número(s) do(s) Telefone(s) da Testemunha(s): Nº CPF:

Ponto de Referência: Profissão Declarada:

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DA ENQUILHADA
COMARCA DE RECIFE, PE
7º DISTRITO JUDICIÁRIO (PA)
Recife, 13 de dezembro de 2017. Eu test.
Valda da Silva (Escrevente Substituta)
Emit.: R\$ 2,82 Taxa: R\$ 1,16 Total: R\$ 3,98
Válido com o selo 0674203.PME12201701.63590



ARUANA SEGUROS
20 DEZ 2017



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 0121214 (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 interdita 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 do 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
E-mail: marimmoneniapindineias@outlook.com Telefone (DDD):

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a 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 exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação com a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Goiânia 20 de Dezembro 2017
Local e Data

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

Talita Karine Silva Pessoa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI 001 V001/2017





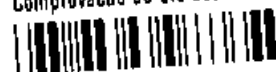
VISTO EM: 23/11/17

Comandante do BAPH

Katty Sabrina do Nascimento Silva
TEN CEL 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

Comprovação de ato declaratório



João Pessoa-PB, 23 de Novembro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 466/2017

Certifico que, revendo as fichas de ocorrências atendidas 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: 522.177-3. Vítima desorientada, com otorragia bilateral, nasoragia e dpres 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-523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

André Vieira de Souza
TEN. QOABM 517240-3

ARUANA SECUROS
20 DEZ 2017



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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



Declaração 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção 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**².

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

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

Pelo exposto, eu, Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 65,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Talita Karine Silva Pessoa inscrita
(a) no CPF sob o Nº 111.266.084 / 40, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizar da vítima
Talita Karine Silva Pessoa, inscrita (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.

☒ Rectifico informal

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: Rua Duque de Caxias Número 170 Complemento 10
Bairro Centro Cidade Goiânia Estado GO CEP 75900-000
E-mail mariaimariaapendencias@outlook.com Telefone comercial (DDD) (61) 3011-3224 Telefone celular (DDD) (61) 9.9808-6287

Goiânia 06 de Dezembro de 2017
Local e Data

Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
20 DEZ 2017

DL091/001 V001/2017