



Número: **0000024-85.2020.8.17.3200**

Classe: **OUTROS PROCEDIMENTOS DE JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Rio Formoso**

Última distribuição : **18/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
R. V. D. S. M. (AUTOR)		JEIMISON JOSE NERI DE LYRA (ADVOGADO)	
AMARO ALVES MACIEL FILHO (REPRESENTANTE)		JEIMISON JOSE NERI DE LYRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63284521	10/06/2020 11:44	2725867_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO FORMOSO/PE

Processo: 00000248520208173200

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **16/01/2018**, restando permanentemente inválida.

Cumprir 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\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco 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.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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)



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\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco 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 desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquirir 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\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco 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 **16/01/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco 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 SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.



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\$ 945,00 (NOVECIENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios^[9], ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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.”



Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

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

⁷art. 1º. (...)

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



- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO FORMOSO, 4 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



QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **RIO FORMOSO**, nos autos do Processo nº 00000248520208173200.

Rio de Janeiro, 4 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





Número: **0000024-85.2020.8.17.3200**

Classe: **OUTROS PROCEDIMENTOS DE JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Rio Formoso**

Última distribuição : **18/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.812,50**

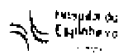
Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
R. V. D. S. M. (AUTOR)		JEIMISON JOSE NERI DE LYRA (ADVOGADO)	
AMARO ALVES MACIEL FILHO (REPRESENTANTE)		JEIMISON JOSE NERI DE LYRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63285441	10/06/2020 11:44	ANEXO 1	Outros (Documento)



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM

RAIO X - ME

Nº Pedido: 8313269

Data: 23/02/2018

Pág: 1 de 1

Paciente...: 8836383 RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

Nascimento: 17/01/2006 Sexo: F RG: 0 SSP PE CPF: 08684122445

Endereço: R R CINCO 106 CENTRO RIO FORMOSO RIO FORMOSO PE 55570000 Tel:

Convênio: HAPVIDA

Matrícula: 80514007591006011

Solicitante: Dr(a) EULINO ALVES COUTIN

Queixa Principal

Exame:

RX BRACO (MENTRO SUPERIORES)

!2%\$48"

1502801721

RELATORIO

- Fratura distal do úmero

GILBERTO MOURA DE BRITO - CRM 5418-PE
Profissional com Especialização
RADIOLÓGICA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Scanned by CamScanner



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 221597
Nome: Renato Wilson de S. Menezes
Sexo: Masculino Data de Nascimento: 16/12/1972
Endereço: Rua da ...
Cidade: ...

Tratamento Prescrito: ...
...
...
...
...
...

Observações: ...
...
...

Cópia de:

Dr. ...
Médico ...
Nº ...

ATENÇÃO Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco

Cód. 0157



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
em 10/06/2020 às 11:44:58
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
em 10/06/2020 às 11:44:58

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
em 10/06/2020 às 11:44:58

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
em 10/06/2020 às 11:44:58

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
em 10/06/2020 às 11:44:58

ATENÇÃO: Este documento é uma cópia eletrônica de um documento assinado eletronicamente. A assinatura eletrônica é feita por meio de um certificado digital, que garante a autenticidade e a integridade do documento. A assinatura eletrônica é feita por meio de um certificado digital, que garante a autenticidade e a integridade do documento.



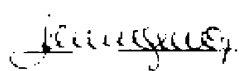
Klaugene Gaudêncio
Fisioterapeuta
CREFITO nº 159.064.F

LAUDO

O paciente **RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL**, portadora do CPF nº 006.841.224-45, chegou a este serviço de fisioterapia, com fratura umeral em braço direito. A mesma realizou 40 (quarenta) sessões de fisioterapia, no período de março/2018 a julho/2018, recebendo alta deste serviço. Porém apresenta sequela no braço como calo ósseo umeral e redução de ADM em articulação do cotovelo.

Referência: CID-10 S42

Rio Formoso, 15 de julho de 2018.


K.L. Klaugene Gaudêncio
Fisioterapeuta
CREFITO 159064.F

Scanned by CamScanner



Klaugene Galdino
Fisioterapeuta
CREFITO nº 159063-F

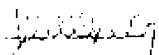
LAUDO

A paciente RENATA VITORIA DA SILVA MACHO, chegou a este serviço de fisioterapia com fratura ungueal em braço direito após acidente automobilístico. A mesma realizou 20 (vinte) sessões de fisioterapia no período de 14/03/2018 a 23/05/2018, recebendo alta deste serviço. Porém, apresenta sequelas no braço como calo ósseo e deformidade instalada.

Sendo assim, encaminhado o caso para reavaliação com o ortopedista.

Referência: CID10 S42

Rio Formosa, 22 de junho de 2018


Klaugene Galdino
Fisioterapeuta
FL Klaugene Galdino
Fisioterapeuta
CREFITO 159063-F





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 921040/2018

NOME: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

Foi atendido às 16h11 do dia 16.01.2018.

Diagnóstico provável:

1. Síndrome da fadiga crônica
2. Distúrbio de ansiedade
3. Depressão

Tratamento realizado:

1. Psicoterapia
2. Medicamentos
3. Acompanhamento médico

Obs.

1. Paciente em acompanhamento médico
2. Paciente em acompanhamento psicológico

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em _____

SES - Hospital da Restauração
Dr. Carlos Piva
Médico do SAM
CRM 8946

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE - CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

Scanned by CamScanner



RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

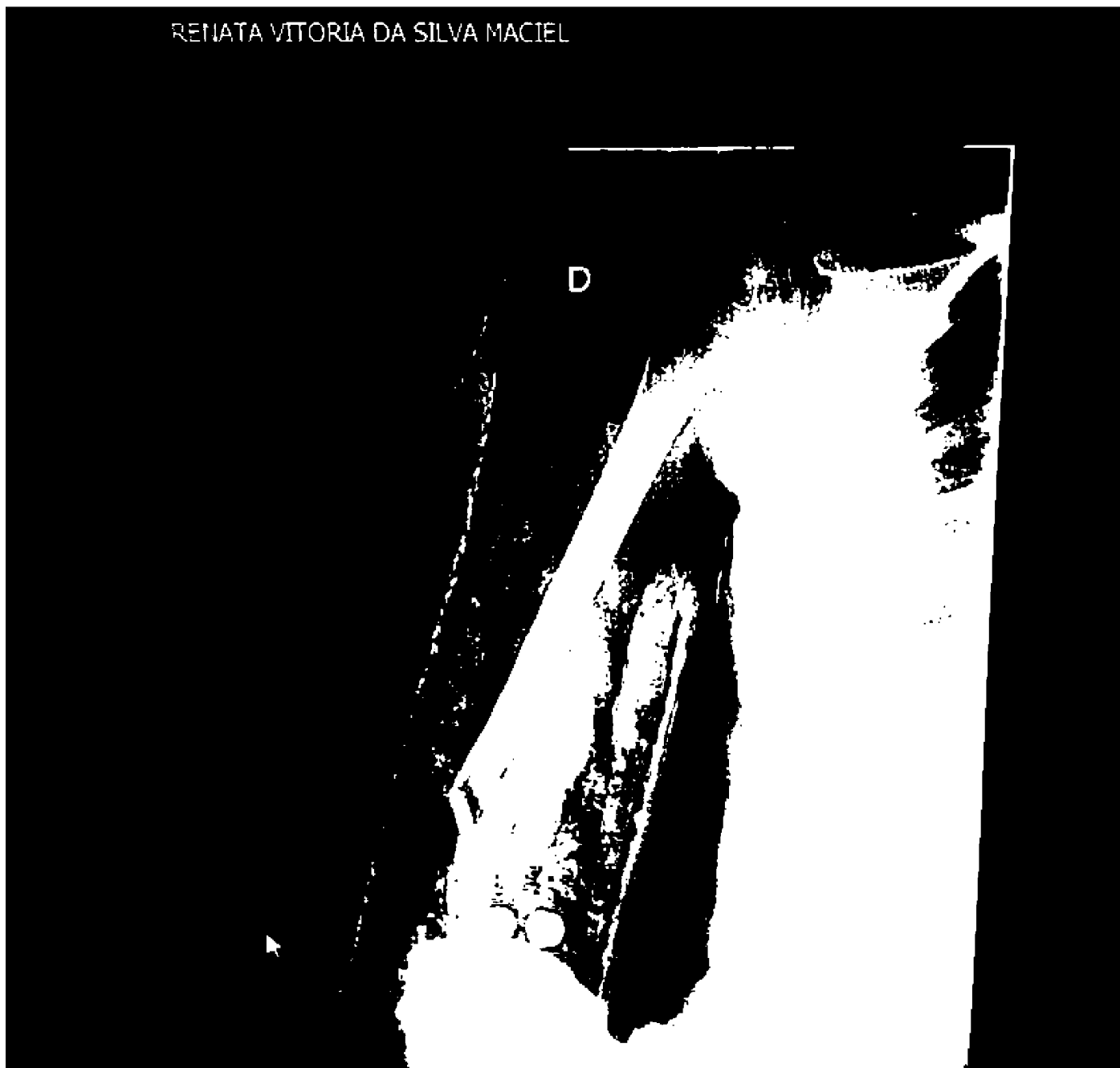
D



Scanned by CamScanner

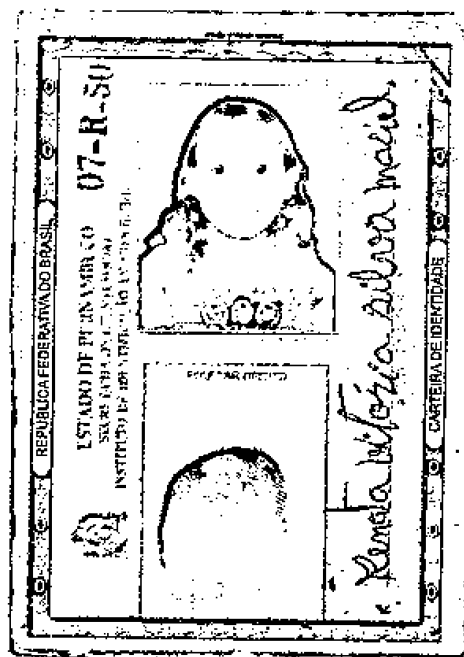
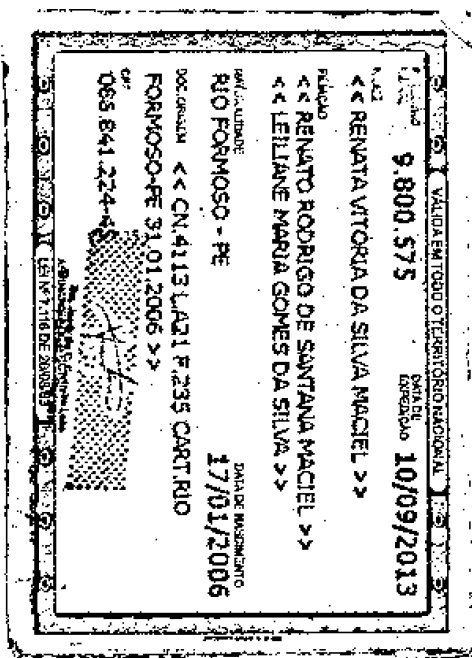


RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

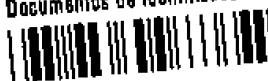


Scanned by CamScanner





Documentos de identificação



REPÚBLICA DE PORTUGAL

AMARO ALVES MACIEL FILHO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
2263522 RSP RN

CPF
224.059.964-49

DATA NASCIMENTO
18/06/1957

PLAÇAÇÃO
AMARO ALVES MACIEL
MARIA ALVES MACIEL

PROFISSÃO
ENFERMEIRO

AGE
ENFERMEIRO

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02567396303

VALIDADEZ
17/11/2022

1ª EMISSÃO
18/12/1997

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PALMARES, RN

DATA EMISSÃO
17/11/2017

Assinatura do Portador

63495779620
PF062316490

PERNAMBUCO

1487733473

VALIDO EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

PROIBIDA PLASTIFICAR

DE ACORDO COM A LEI Nº 11.127/2005

Documentos de Identificação





PODER JUDICIÁRIO DE PERNAMBUCO

JUIZ DE DIREITO DA COMARCA DE RIO FORMOSO

FORUM GOV. AGAMENON MAGALHÃES,

Praça Agamenon Magalhães 23, Centro, Rio Formoso-PE

Expediente nº 2008.0907.001453

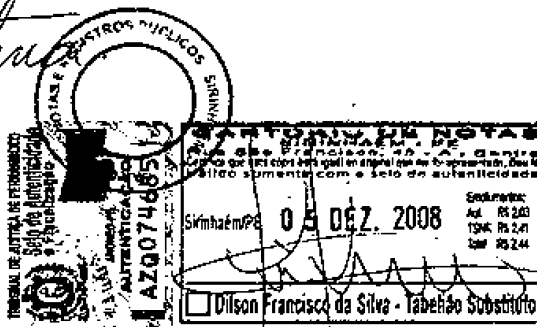
- TERMO DE COMPROMISSO DE GUARDA -

Aos 10 (dez) dias do mês de abril do ano dois mil e oito (2008), nesta cidade e Comarca de Rio Formoso, Estado de Pernambuco, pelas 11:45 horas, onde presente se achava o Exm^o. Sr. Dr. **FÁBIO MELLO DE ONOFRE ARAÚJO**, Juiz de Direito desta Comarca, comigo Chefe de Secretaria a seu cargo no final assinado, compareceram **AMARO ALVES MACIEL FILHO**, brasileiro, solteiro, eletricitista, alfabetizado, portador do RG nº 1.983.522-SSP/PE, CPF nº 234.059.964-49, e sua companheira **CIRLEIDE MARIA DE SANTANA**, brasileira, solteira, professora, portadora do RG nº 3.029.967-SSP/PE, CPF nº 507.834.244-34, residentes e domiciliados na Rua 05, nº 106, Loteamento Cohab, neste município, os quais prestaram o compromisso – deferido pelo MM. Juiz de Direito nos autos da Ação de Guarda nº 441.206.000497-9, de bem e fielmente exercerem a **GUARDA DEFINITIVA** da menor **RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL**, brasileira, nascida em 17.01.2006, filha de Renato Rodrigo de Santana Maciel e de Leiliane Maria Gomes da Silva. Aceito pelos compromissados, prometeram os mesmos cumprirem na forma deferida e com observância aos preceitos legais. Nada mais havendo, após lido e achado conforme, encerro o presente termo, que vai devidamente assinado, ficando a via original no livro próprio desta Secretaria. Eu, José Ricardo Silva Brandão (José Ricardo Silva Brandão) Chefe da Secretaria, subscrevi.

Dr. Fábio Mello de Onofre Araújo
Juiz de Direito

Amaro Alves Maciel Filho
AMARO ALVES MACIEL FILHO
Compromissado

Cirleide Maria de Santana
CIRLEIDE MARIA DE SANTANA
Compromissada



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
1º DISTRITO

Maria das Neves Santos Ferreira Barros
Escritura

Jose Maria de Barros
Escritura Substituta

ESTADO DE PERNAMBUCO L Rio Formoso - Pernambuco

COMARCA DE RIO FORMOSO

MUNICÍPIO DE RIO FORMOSO

NASCIMENTO Nº 4.113

Fa. Maria das Neves Santos Ferreira Barros - Oficial de Registro Civil - em virtude da lei, etc

CERTIFICO que às fls. 235 do livro Nº A-21 do registro de nascimento, foi feito hoje o assento de "RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL"

X.X.X.X X.X.X.X X.X.X.X
nascida aos Dezesete (17) de Janeiro
de dois mil e seis (2006) às 9:20 horas
em Maternidade nesta cidade do Rio Formoso, estado de Pernambuco

X.X.X.X do sexo Feminino

filha de Renato Rodrigo de Santana Maciel

natural de Pernambuco

e dona Leiliane Maria Gomes da Silva

natural de Pernambuco

sendo avós paternos Amaro Alves Maciel Filho

e Cirleide Maria de Santana

e avós maternos José Amaro Gomes da Silva

e Silvania Maria Gomes da Silva

foi declarante O Genitor

e serviram de testemunhas X.X.X.X X.X.X.X

e X.X.X.X X.X.X.X X.X.X.X

Observação:

TRIBUTOS DE PERNAMBUCO

RECEITA

RECEITA

RECEITA

RECEITA

RECEITA

RECEITA

RECEITA

RECEITA

RECEITA

RECEITA

RECEITA

RECEITA

RECEITA

RECEITA

RECEITA

RECEITA

RECEITA

RECEITA

RECEITA

RECEITA

Registro de acordo com a lei nº 9.534/97 de 10 de dezembro de 1997

O referido é verdade e dou fé.

Rio Formoso, 31 de Janeiro de 2006

Maria das Neves Santos Ferreira Barros

Scanned by CamScanner





PODER JUDICIÁRIO DE PERNAMBUCO

JUIZ DE DIREITO DA COMARCA DE RIO FORMOSO

EXCELMOSÍSSIMO SENHOR DOUTOR

Dr. Fábio Mello de Onofre Araújo

Expediente nº 2008.0907.001453

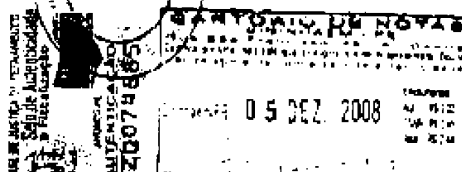
TERMO DE COMPROMISSO DE GUARDA:

Aos 10 (dez) dias do mês de abril do ano dois mil e oito (2008), nesta cidade e Comarca de Rio Formoso, Estado de Pernambuco, pelas 11:45 horas, onde presente se achava o Exmº Sr. Dr. **FÁBIO MELLO DE ONOFRE ARAÚJO**, Juiz de Direito desta Comarca, comigo Chefe de Secretaria a seu cargo no final assinado compareceram **AMARO ALVES MACIEL FILHO**, brasileiro, solteiro, eletricista, alfabetizado, portador do RG nº 1.983.522-SSP/PE, CPF nº 234.059.964-49, e sua companheira **CIRLEIDE MARIA DE SANTANA**, brasileira, solteira, professora, portadora do RG nº 3.029.967-SSP/PE, CPF nº 507.834.244-34, residentes e domiciliados na Rua 05, nº 106, Loteamento Conah, neste município, os quais prestaram o compromisso – deferido pelo MM. Juiz de Direito nos autos da **Ação de Guarda nº 441.206.000492.9**, de bem e fielmente exercerem a **GUARDA DEFINITIVA** da menor **RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL**, brasileira, nascida em 17.01.2006, filha de Renato Rodrigo de Santana Maciel e de Leiliane Maria Gomes da Silva. Aceito pelos compromissados, prometeram os mesmos cumprir na forma deferida e com observância aos preceitos legais. Nada mais havendo, após lido e achado conforme, encerro o presente termo, que vai devidamente assinado, ficando a via original no livro próprio desta Secretaria. Eu, *[Assinatura]* José Ricardo Silva Brandão, Chefe da Secretaria, subscrevi.

Dr. Fábio Mello de Onofre Araújo
Juiz de Direito

[Assinatura de Amaro Alves Maciel Filho]
AMARO ALVES MACIEL FILHO
Compromissado

[Assinatura de Cirleide Maria de Santana]
CIRLEIDE MARIA DE SANTANA
Compromissada



Scanned by CamScanner



VALIDA EM TODOS
OS TERRENIOS RURAIS

873244580

DEMISSION JOSE NERI DE LYRA



DEPARTAMENTO DE REGISTRO

6.412850 SBP PE

049.520.594-05

10/03/1985

FLAVIO GOMES DE LYRA

YARACI NERI DE LYRA

PROPRIETARIO

ADQUIRENTE

19/02/2004

19/02/2004

Ass. observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

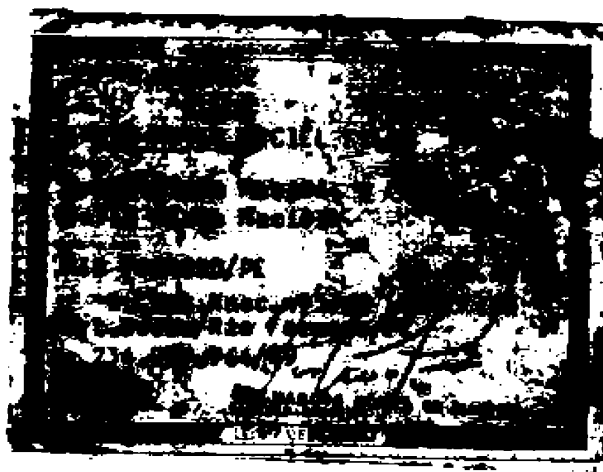
14/04/2014

25661270788
PE059279494

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR

873244580



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 012237810267

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

35264824054

VIA

1

ANTRC

10011201

CIRLENE MARIA DE OLIVEIRA

RUA CIMA DO MOUNTAIN

CASA 01

RIO FORMOSO - PE

55570-000

507.044.240

PPG1935

BREMEN VECHLOS ITDA

PLACA ANT/UF

CHASSI

PSWAB452204070346

ESPECIE TIPO

PAS / AUTOMOVEL

COMBUSTIVEL

ALCO / GASOL

MARCA/MODELO

VW/NOVO FOX EL MB

ANO FAB

2016

ANO MOD

2016

CAP/POT/CIL

5P/104CV/1598CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRATA

20165550

OBSERVAÇÕES

AL. FTD. BANCO PAR SA

RIO FORMOSO - PE

DATA

07/05/20

CONTINUA: 012237810267

Scanned by CamScanner



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Contratos de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0282842/18
Vítima: RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL
CPF: 086.841.224-45

Data do Acidente: 16/01/2018
CPF de: Próprio Titular do CPF: RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

AMARO ALVES MACIEL FILHO : 234.059.964-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/07/2018
Nome: AMARO ALVES MACIEL FILHO
CPF/CNPJ: 234.059.964-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/08/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

AMARO ALVES MACIEL FILHO

ANDREZA ALVES DA CUNHA

Outros



De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential, its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

• Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu AMARO ALVES MACIEL FILHO inscrito (a) no CPF/CNPJ 234059964 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL inscrito (a) no CPF sob o Nº 086841224 / 45, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL, inscrito (a) no CPF sob o Nº 086841224 /, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA LINCO</u>		Número <u>106</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>COHAB</u>	Cidade <u>RIO FORNOSO</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55570000</u>
Email <u>amaros21@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Rio Forquese, 19 de JULHO de 2018
Local e Data

Amaro Alves Maciel Filho
Assinatura do Declarante

DL0RL.001 V001/2017



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200019085

Cidade: Tamandaré

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

Data do acidente: 16/01/2018

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE LEVE, FRATURA DIAFISARIA DE UMEROS DIREITO

Descrição do exame físico: VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, TEM MOBILIDADE ARTICULAR DE OMBRO E COTOVELO PRESERVADAS, DEFICIT DE FORÇA RESIDUAL DO MEMBRO, COM DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR. CONSCIENTE E ORIENTADA AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, IMOBILIZAÇÃO GESSADA, SUPORTE CLÍNICO PARA O TCE, FISIOTERAPIA EVOLUI COM DEFICIT DE FORÇA DO MEMBRO ALTA MÉDICA

Sequelae permanentes: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200019085

Cidade: Tamandaré

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

Data do acidente: 16/01/2018

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE LEVE, FRATURA DIAFISARIA DE UMEROS DIREITO

Descrição do exame físico: VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, TEM MOBILIDADE ARTICULAR DE OMBRO E COTOVELO PRESERVADAS, DEFICIT DE FORÇA RESIDUAL DO MEMBRO, COM DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR. CONSCIENTE E ORIENTADA AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, IMOBILIZAÇÃO GESSADA, SUPORTE CLÍNICO PARA O TCE, FISIOTERAPIA EVOLUI COM DEFICIT DE FORÇA DO MEMBRO ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200019085 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200019085

Cidade: Tamandaré

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

Data do acidente: 16/01/2018

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: X. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

Brasileiro (a), estado civil casado, profissão advogado

Residente e domiciliado à Rua João Batista de Vasconcelos

Nº 36, Bairro Barreiros Município de Rio Formoso

Estado de Pernambuco CEP 55560-000 Portador (a) do

RG Nº 6312850 SSP/ PE e CPF Nº 049.520.594-05

OUTORGADO: Jemison Jose Neri de Lyra, brasileiro, casado, advogado, residente domiciliado a Rua JOÃO BATISTA DE VASCONCELOS, 111 A – CENTRO – BARREIROS - PE, estado de Pernambuco, CEP 55560-000, portador do RG Nº 6312850 SSP/PE e CPF Nº 049.520.594-05

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente o (a) Sr(a) Sinistra vítima do auto acidente

ocorrido em 31/03/2019 conforme registrado pelo BO anexo ao processo

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papais e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Assinado, em 10 de junho de 20 19.

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

OUTORGANTE

CPF Nº 049.520.594-05



SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL
de Rio Formoso - PE
Tribunal de Registro de Pernambuco

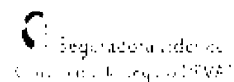
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente o (a) Sr(a) Sinistra vítima do auto acidente ocorrido em 31/03/2019 conforme registrado pelo BO anexo ao processo. Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papais e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



Scanned by CamScanner



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016635/20

Vítima: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

CPF: 086.841.224-45

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 16/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

AMARO ALVES MACIEL FILHO : 234.059.964-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA : 049.520.594-05

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

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020
Nome: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA
CPF: 049.520.594-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: SABRINA MAIRA HONORATO
CPF: 100.073.989-99

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

SABRINA MAIRA HONORATO



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200019085
Nome do(a) Examinado(a): Renata Vitoria da Silva Maciel
Endereço do(a) Examinado(a): Rua 5, 106575
Centro Rio Formoso PE CEP: 55570-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9800
Data local do acidente: [16/01/2018]
Data local do exame: [24/01/2020] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE LEVE, FRATURA DIAFISARIA DE UMEROS DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: IMOBILIZAÇÃO GESSADA, SUPORTE CLÍNICO PARA O TCE, FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM DEFICIT DE FORÇA DO MEMBRO
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VÍTIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, TEM MOBILIDADE ARTICULAR DE OMBRO E COTOVELO PRESERVADAS, DEFICIT DE FORÇA RESIDUAL DO MEMBRO, COM DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR. CONSCIENTE E ORIENTADA AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO.
- IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO DE GRAU RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | () "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Seqüela):
MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):
% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742





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

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200019085

Vítima: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

Data do Acidente: 16/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AMARO ALVES MACIEL FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15373548

Pag. 00277/00278 - carta_01 - INVALIDEZ

00030139





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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200019085

Vítima: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

Data do Acidente: 16/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), AMARO ALVES MACIEL FILHO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01939/01940 - carta_02 - INVALIDEZ

00040970



Carta nº 15402078





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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200019085

Vítima: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

Data do Acidente: 16/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AMARO ALVES MACIEL FILHO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **AMARO ALVES MACIEL FILHO**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **001**

Agência: **000002541-0**

Conta: **000010010517-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

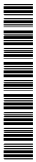
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01883/01884 - carta_15R - INVALIDEZ

00020942



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 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 do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 086.841.224-45	Nome completo da vítima RENATA VITORIA DA SILVA MAGEL
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo AMARO ALVES MAGEL FILHO		CPF titular da conta 23405996449		Profissão	
Endereço RUA CINCO		Número 106		Complemento CASA	
Bairro COHAB	Cidade RIO FORMOSO	Estado PE		CEP 55570000	
Email amaro21@hotmail.com					Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR		☐ SEM RENDA		☐ ATÉ R\$ 1.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: BANCO DO BRASIL NRO: 001 AGÊNCIA NRO: 2541-0 D/V: 10517 D/V: 1 (Informar dígito se existir)							

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

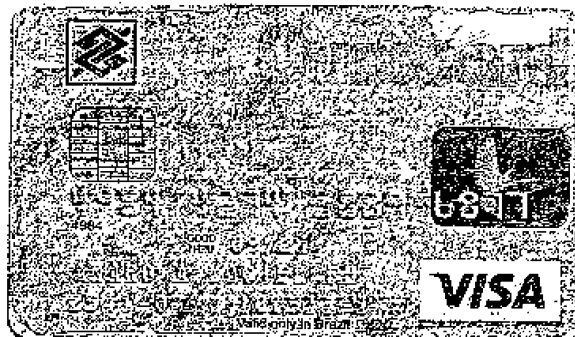
Autorização de pagamento

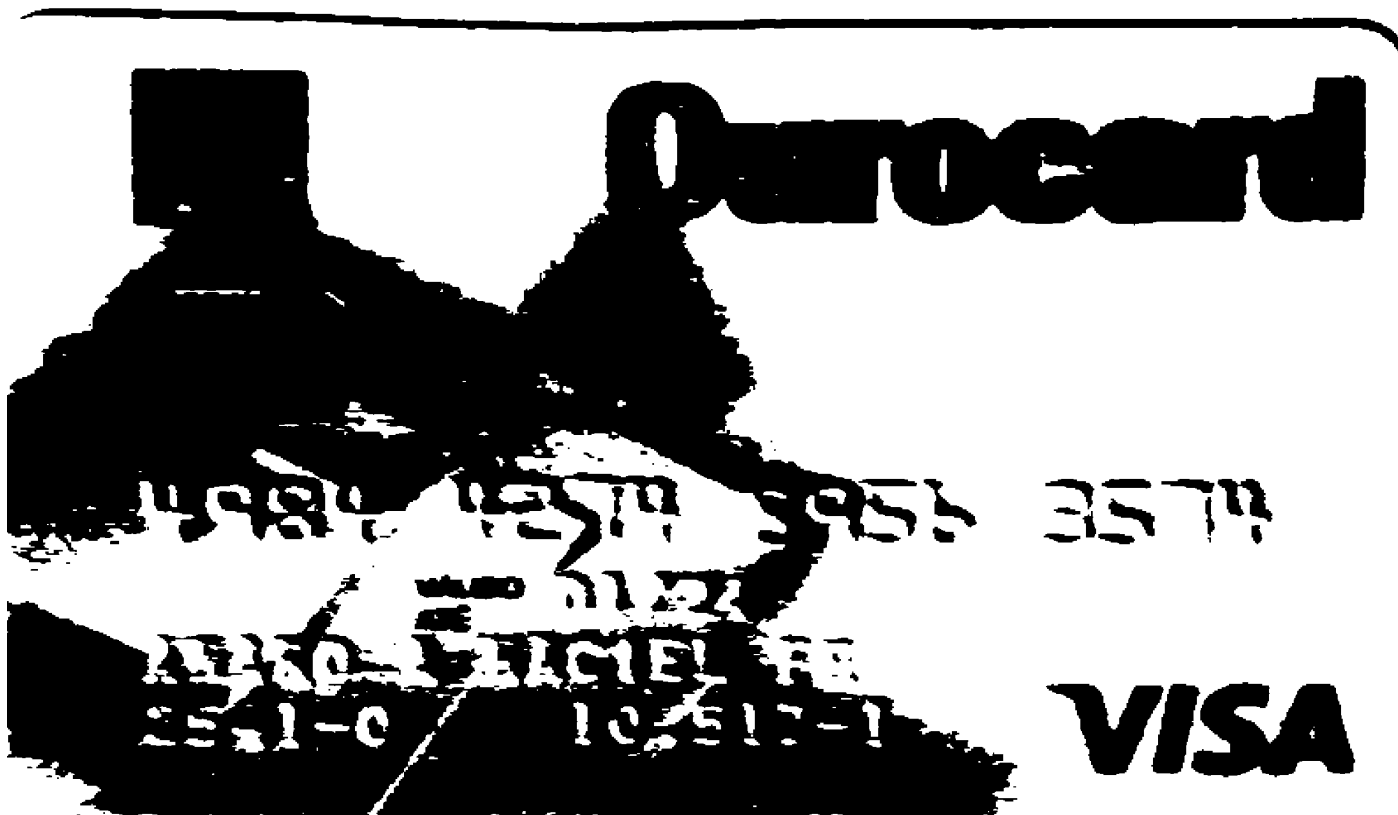


RIO FORMOSO, 19 de **JUNHO** de 2018
Local e Data

Renata Vitoria da Silva Magel **Amaro Alves Magel Filho**
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







Scanned by CamScanner





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
J-265/18



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

Município	TAMANDARÉ			Rodovia	FE-060	Km	
Ponto de Referência	ENGENHO BOM JARDIM					Data	16/01/18
Dia da Semana	TERÇA-FEIRA	HORA/OCORRÊNCIA	11:30	Hora/Cheg./Pr			12:40

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO		ABALROAMENTO		COLISÃO		CHOQUE		CAPOTAMENTO	
Pedestre		Longitudinal		Frontal		Poste, Arvore		Tombamento	
Animal		Transversal		Traseira		Muro, Casa		Saída da Pista	X
						Veículo Parado		Outros	

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA		COM VITIMA	X	MORTOS		FERIDOS	X
Nº/VEIC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE				IDENT.	01	NÃO IDENT	TOTAL 01

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO		CONDIÇÕES/VIA		CONDIÇÕES/TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMAFARO	
Longo da Via	X	Seca		Bom		Manhã	X	S/Defeito	
Cruzamento		Molhada	X	Chuva		Tarde		C/Defeito	
Outros		Enlameada		Nebulosa		Noite		Desligado	
		Olcada		Garos		Madrugada		N/Existe	X

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial		Placa "Parc"		MÃO DE DIREÇÃO		DIVISÃO DA VIA	
F.Pedestre		Placa "Dê a Pref."		Única		Faixa Contínua	
F.Retenção		Não há Placas		Dupla	X	Canteiro Central	
						Blocos	
						Outros	X

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2		COMPORTAMENTO - VI/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	
Enc. Para Exame		Socorrido	VI
Não foi Realizado	VI	Evadiu-se	

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário	PARTE DA CERCA DE ESTACAS E ARAME DA CITADA PROPRIEDADE	Tomou Conhecimento	
Natureza das Avarias			

ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS DO RIO FORMOSO- PE
TITULAR: ELIO DE SOUZA WANDERLEY
Telefone: (61) 36761-238

Cópia autenticada conforme original deu fé. Em
test. da verdade. RIO FORMOSO-PE. Per. 20.11.
Emel: 99 TSNR: 0.66 Total: 3.98. GUSTAVO
HENRIQUE DA SILVA WANDERLEY
Escritor Autorizado

0073833-JDJ04201802.09468 08/06/2018 11:14:05
a autenticidade em www.tjpe.jus.br/solodigital

Boletim de ocorrência



VIII - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - VI/V2		ESPÉCIE - VI/V2		CATEGORIA - VI/V2	
Automotor	V1	Passageiro	V1	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	V1
De tração animal		Tracção		Aluguel	

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01							
Marca	VW	Modelo	FOX	Ano	2016	Renavam	
Município		Nº do Chassis	9BWAB45Z2G4070346	Veículo de Carga nº de Eixo		Placa	PDG-1935
Carregado		Apreendido		Liberado	X	Evadiu - se	
Proprietário							
Residência						Bairro	
Município		Rg.		Org. Exp.		CIC.	
Condutor	DAVID RODRIGO DE SANTANA MACIEL						
Residência			RUA 05 Nº 106			Bairro	063.293.274-08
Município	RIO FORMOSO	Rg.		Org. Exp.		CIC.	063.293.274-08
CNH/Pront./ Nº	04746462740	Categoria	AB	Validade	19/07/22	Hora/Dir.	10 MIN

VEÍCULO - 02							
Marca		Modelo		Ano		Renavam	
Município		Nº do Chassis		Veículo de Carga nº de Eixo		Placa	
Carregado		Apreendido		Liberado		Evadiu - se	
Proprietário							
Residência						Bairro	
Município		Rg.		Org. Exp.		CIC.	
Condutor							
Residência						Bairro	
Município		UF	Rg.	Org. Exp.		CIC.	
CNH/Pront./ Nº		Categoria		Validade		Hora/Dir.	

TESTEMUNHA - 01							
Nome				Idade		Sexo	
Residência				Bairro			
Município		U.F.	Rg.	Org. Exp.		CIC.	

TESTEMUNHA - 02							
Nome				Idade		Sexo	
Residência				Bairro			
Município		U.F.	Rg.	Org. Exp.		CIC.	

VÍTIMA - 01							
Nome	DAVID RODRIGO DE SANTANA MACIEL			Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves	X
Estado Civil		Idade		Motorista	X	Passageiro	
Profissão	GM/RIO FORMOSO	Residência		MASC		Nacionalidade	
Município		UF	Rg.	Org. Exp.		Bairro	
Socorrido	SAMU PARA O HOSPITAL DE TAMANDARÉ					CIC.	063.293.274-08
Dados Fornecidos Por	PAI DA VÍTIMA						
Residência						Bairro	
Município		UF	Rg.	Org. Exp.		CIC.	

VÍTIMA - 02							
Nome	RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL			Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves	X
Estado Civil		Idade	12	Motorista		Passageiro	X
Profissão		Residência		MASC		Nacionalidade	
Município		UF	Rg.	Org. Exp.		Bairro	
Socorrido	SAMU PARA O HOSPITAL DE TAMANDARÉ					CIC.	
Dados Fornecidos Por	AVÔ DA VÍTIMA						
Residência						Bairro	
Município		UF	Rg.	Org. Exp.		CIC.	

ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS DO RIO FORMOSO

Titular: ELIO DE SOUZA WANDERLEY

Telefone: (61) 35781-238

Cópia autenticada e conforme original - dou fe
test. da verdade. RIO FORMOSO-PE, 08/06/2018
Emol: 2,38. TENR: 0,66 Total: 3,98.
HENRIQUE DA SILVA WANDERLEY

Escrevente Autorizado

073833.VTND4201802.00469 08/06/2018 11:14:05
autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



DE 01 - UNIDADE DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL
PREFEIRA - 42047
UNIDADE DE POLÍCIA MILITAR



XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162.I CTB)		Deixar de Prestar Inform. s/ acid. (Art. 176 V CTB)	
Conduzir Veic. s/ Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens do Agente tráf. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic. s/ Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C/ Lacre Violado (Art. 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influen. Álcool (Art. 163 CTB)		Conduzir Veic. S/ Placa (Art. 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB)		Conduzir Veic. C/ Placa ileg. (Art. 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P/ Evitar Perigo Tráf. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art. 230 VII CTB)	
Deixar de Preserva Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. (Art. 176 IV CTB)		Outras	

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 01

EM ANEXO

VEÍCULO - 02

EM ANEXO

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar	Particular	Não Efetuado	
2. Comunicado à Delegacia de				Hora
Nome do Recebedor da Ocorrência			Matricula	
XVII - Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	SGT	Matricula	29244-3
XVIII - Digitador da SSTA	SD PM MORGANA	Of	Chefe da SSTA	TEN PM MIGUEL

ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS DO RIO FORMOSO-PE

Título: ELIO DE SOUZA WANDERLEY

telefone: (011) 36761-238

Cópia autenticada conforme original dou. 14. Em test. da verdade. RIO FORMOSO-PE. Fato: 0,33 Enol: 2,05 TEMR: 0,66 Total: 3,98. GUSTAVO HENRIQUE DA SILVA WANDERLEY

Escrevente Autorizado

Selo: 0973833.WRY04201802.00470 08/06/2018 11:14:05

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Confira com o original que a foi apresentado.

Data: 08/06/2018

SD PM 11234-1 Q&C



IV - SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Caminhão ou Trator -		Marcha à frente -	
Trem -		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -		Derrapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Fixo		Depois da Colisão -	

XIII - CROQUI

EM ANEXO



CARTÓRIO DE NOTAS E REGISTROS DO RIO FORMOSO - PE
 Titular: ELIO DE SOUZA WANDERLEY
 Telefone: (81) 34761-238

Cópia autenticada. Confirme original. Em
 test. da verdade. RIO FORMOSO-PE. Pare: 0,33
 Emol: 2,55 TSNR: 0,66 Total: 3,98. GUSTAVO
 HENRIQUE DA SILVA WANDERLEY
 Escrevente Autorizado

Selo: 0073833.HXX04201802.00471 08/06/2018 11:14:05
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

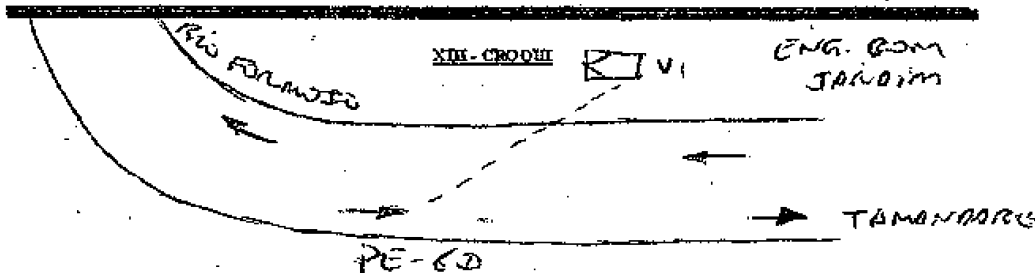


DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
EMPE - DGO - CPE - BPRV
Brasão Cel. Manoel de Souza Neto

XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	V1	V2	
Dirigir B/ CNH (Art. 162, I, CTB)	☐	☐	Deixar de prestar inform. B/ (Art. 176, v. CTB)
Conduzir veíc. s/ doc. Part. obrig. (Art. 231 CTB)	☐	☐	Desob. Ordem do Agente Trans. (Art. 195 CTB)
Conduzir veíc. s/ doc. Parte obrig. (Art. 231 CTB)	☐	☐	Conduzir veíc. s/ placa violada (Art. 230, I CTB)
Dirigir sob influência álcool. (Art. 165 CTB)	☐	☐	Conduzir veíc. s/ placa (Art. 230, IV CTB)
Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176, CTB)	☐	☐	Conduzir veíc. s/ placa (Art. 230, VI CTB)
Deixar de adotar prev. B/ evitar perigo trans. (Art. 176, CTB)	☐	☐	Conduzir veíc. Alter. De caract. (Art. 230, VII CTB)
Deixar de preservar local de acíd. (Art. 176, III CTB)	☐	☐	Conduzir veíc. Defeito equip. obrig. (Art. 230, IX)
Deixar de remover veíc. Qdo Detern. (Art. 176, IV CTB)	☐	☐	Outras:

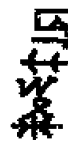
K-265/18



XIV - SIMBOLOGIA



Automóvel e outro veículo de 4 rodas
Ônibus, Caminhão e Trator
Trem
Veículo de 2 ou 3 Rodas
Pedestre
Animal
Objeto Fixo



Incêndio
Marcha à Frente.
Marcha à Ré
Destrogação
Capotamento ou Tombamento
Local da Colisão
Depois da colisão

XV - AVARIAS APARENTES

FOX

VEÍCULO - 1

AMASSAMENTO → EM TORO CARROCE-
RIA.
QUEBRAMENTO → TODAS OS VIDROS
EMRENSAMENTO → OS TODAS AS COLUNAS

VEÍCULO - 02

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

Nome do receptor da ocorrência:

Hora:

Matrícula:



XVII - RESPONSÁVEL
PELO BAT.

K-265/18

POSTO/GRAD.

1-SGT-PM

MATRÍCULA

29244-3

NOME:

RODRIGUES

ASS:

[Assinatura]

XVIII - Datilógrafo SSTA:

Of. Chefe SSTA:





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
RELAÇÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº ANO
J-205/18



SE - SEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE
PROJETO 10001
UNIDADE DE TRÁFEGO E ACIDENTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA

LOCAL: TAMARACÁ - RUA DE ABRIL

Nome:
Ponto de Referência:
Cidade: TAMARACÁ

TAMARACÁ - RUA DE ABRIL
INSCRIÇÃO: RUA DE ABRIL

Estado: PE

CEP: 52050-000

Data: 10/06/2020

Hora: 11:44

TERÇA-FEIRA

HORA DE INÍCIO: 11:44

HORA FINAL: 11:44

II - TIPO DE ACIDENTE

STROPELAMENTO

AVARIA

COLISÃO

CHOQUE

CAPIOTAMENTO

Reduzido
Avião

Reduzido
Avião

Reduzido
Avião

Reduzido
Avião

Reduzido
Avião

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VÍTIMA

COM VÍTIMA

N

MORTOS

FERIDOS

N

Nº VEH. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE

IDEN

DE

Nº ACIDENTE

TOTAL

DE

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTÂNCIAIS

ACIDENTE VERIFICADO

CONDIÇÃO SITA

CONDIÇÃO TEMPO

PERÍODO DIA

SEMAIAR

Sim
Não

Sim
Não

Sim
Não

Sim
Não

Sim
Não

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Entrada
Saída
Entrada

Entrada
Saída
Entrada

MÃO DE DIREÇÃO

DIREÇÃO DA VIA

Entrada
Saída
Entrada

Entrada
Saída
Entrada

MÃO DE DIREÇÃO

DIREÇÃO DA VIA

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOOLICA - VIA 2

COMPORTAMENTO - VIA 2

Realizado no local
Via Para Exame
Não Realizado

Realizado no local
Via Para Exame
Não Realizado

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário

PARTES DA CERCA DE ESTACAS E ARAME DA CERCADA

Unidade Conhecimento

Natureza das Avarias



RENTREGA REGISTRO E NOTARIZADO
De Rua Tamara - PE
TAMARA - PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/06/2020 11:44:58
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061011445867400000062127301
Número do documento: 20061011445867400000062127301



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/06/2020 11:44:58
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061011445867400000062127301
Número do documento: 20061011445867400000062127301

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/06/2020 11:44:58
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061011445867400000062127301
Número do documento: 20061011445867400000062127301

Scanned by CamScanner

III - VEICULO

QUANTO A TRACAO - VIN 2

Assinatura
do Policial Militar
FERNANDO GONCALVES

VI

TIPO DE VI - VIN 2

Passageiro
Furgão
Caminhão

VI

CATEGORIA - VIN 2

Caminhão
Caminhão
Caminhão

VI

IV - IDENTIFICACAO DAS PARTES

Modelo	AM	Modelo	FOX	Modelo	2016	Modelo	2016
Marca	Ford	Marca	Ford	Marca	Ford	Marca	Ford
Placa	9034465226407034	Placa	9034465226407034	Placa	9034465226407034	Placa	9034465226407034
Nome	DAVID RODRIGO DE SANTANA MACIEL	Nome	DAVID RODRIGO DE SANTANA MACIEL	Nome	DAVID RODRIGO DE SANTANA MACIEL	Nome	DAVID RODRIGO DE SANTANA MACIEL
Profissão	REDAÇÃO	Profissão	REDAÇÃO	Profissão	REDAÇÃO	Profissão	REDAÇÃO
Residência	HID. FORMOSO	Residência	HID. FORMOSO	Residência	HID. FORMOSO	Residência	HID. FORMOSO
CPF	04746462740	CPF	04746462740	CPF	04746462740	CPF	04746462740
Sexo	M	Sexo	M	Sexo	M	Sexo	M
Idade	19/07/22	Idade	19/07/22	Idade	19/07/22	Idade	19/07/22
Altura	1,65m	Altura	1,65m	Altura	1,65m	Altura	1,65m

Modelo	Modelo	Modelo	Modelo
Marca	Marca	Marca	Marca
Placa	Placa	Placa	Placa
Nome	Nome	Nome	Nome
Profissão	Profissão	Profissão	Profissão
Residência	Residência	Residência	Residência
CPF	CPF	CPF	CPF
Sexo	Sexo	Sexo	Sexo
Idade	Idade	Idade	Idade
Altura	Altura	Altura	Altura

Nome	DAVID RODRIGO DE SANTANA MACIEL	Nome	DAVID RODRIGO DE SANTANA MACIEL
Profissão	REDAÇÃO	Profissão	REDAÇÃO
Residência	HID. FORMOSO	Residência	HID. FORMOSO
CPF	04746462740	CPF	04746462740
Sexo	M	Sexo	M
Idade	19/07/22	Idade	19/07/22
Altura	1,65m	Altura	1,65m

Nome	RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL	Nome	RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL
Profissão	REDAÇÃO	Profissão	REDAÇÃO
Residência	HID. FORMOSO	Residência	HID. FORMOSO
CPF	04746462740	CPF	04746462740
Sexo	F	Sexo	F
Idade	19/07/22	Idade	19/07/22
Altura	1,65m	Altura	1,65m

Nome	RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL	Nome	RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL
Profissão	REDAÇÃO	Profissão	REDAÇÃO
Residência	HID. FORMOSO	Residência	HID. FORMOSO
CPF	04746462740	CPF	04746462740
Sexo	F	Sexo	F
Idade	19/07/22	Idade	19/07/22
Altura	1,65m	Altura	1,65m

Nome	RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL	Nome	RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL
Profissão	REDAÇÃO	Profissão	REDAÇÃO
Residência	HID. FORMOSO	Residência	HID. FORMOSO
CPF	04746462740	CPF	04746462740
Sexo	F	Sexo	F
Idade	19/07/22	Idade	19/07/22
Altura	1,65m	Altura	1,65m

Nome	RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL	Nome	RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL
Profissão	REDAÇÃO	Profissão	REDAÇÃO
Residência	HID. FORMOSO	Residência	HID. FORMOSO
CPF	04746462740	CPF	04746462740
Sexo	F	Sexo	F
Idade	19/07/22	Idade	19/07/22
Altura	1,65m	Altura	1,65m

Nome	RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL	Nome	RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL
Profissão	REDAÇÃO	Profissão	REDAÇÃO
Residência	HID. FORMOSO	Residência	HID. FORMOSO
CPF	04746462740	CPF	04746462740
Sexo	F	Sexo	F
Idade	19/07/22	Idade	19/07/22
Altura	1,65m	Altura	1,65m

Nome	RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL	Nome	RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL
Profissão	REDAÇÃO	Profissão	REDAÇÃO
Residência	HID. FORMOSO	Residência	HID. FORMOSO
CPF	04746462740	CPF	04746462740
Sexo	F	Sexo	F
Idade	19/07/22	Idade	19/07/22
Altura	1,65m	Altura	1,65m

Nome	RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL	Nome	RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL
Profissão	REDAÇÃO	Profissão	REDAÇÃO
Residência	HID. FORMOSO	Residência	HID. FORMOSO
CPF	04746462740	CPF	04746462740
Sexo	F	Sexo	F
Idade	19/07/22	Idade	19/07/22
Altura	1,65m	Altura	1,65m

Scanned by CamScanner

13. SYNTHESIS

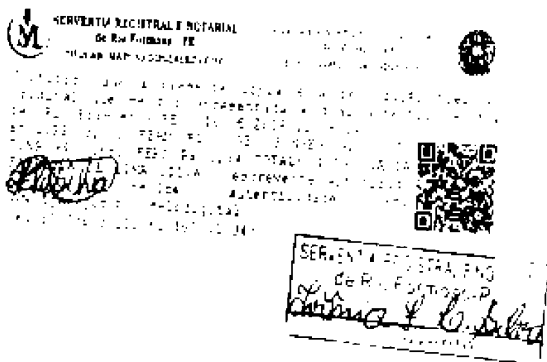
Alphabet (A-Z) - Vector (A-Z) - 1000px		Decorative	
Alphabet (a-z) - Vector (a-z) - 1000px		Decorative	
Decorative		Decorative	
Decorative		Decorative	
Decorative		Decorative	
Decorative		Decorative	
Decorative		Decorative	
Decorative		Decorative	
Decorative		Decorative	
Decorative		Decorative	

XIII - 4 RQQU1

EM ANEXO



NO 10 - DIVISION DE TRABAJO SOCIAL
MONTECARLO - 12204-1
MONTECARLO DE POLICIA MONTECARLO



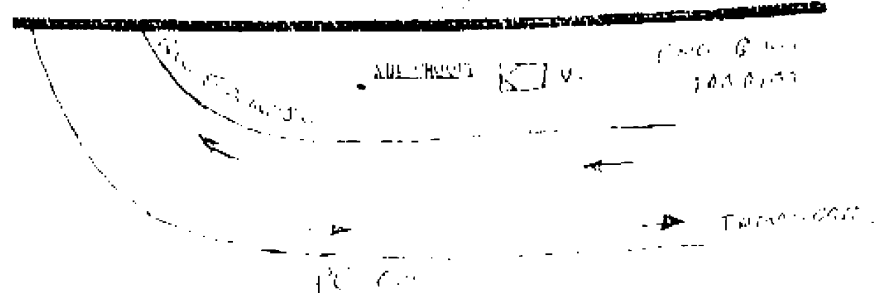


DEPARTAMENTO DE INTERIORES DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
PAPEL 1000 x 1000
Atendimento de N.º de Ocorrência: _____



IV - INFORMAÇÕES GERAIS

1. Tipo de ocorrência: ☐ 100 - 1000
2. Natureza da ocorrência: ☐ 100 - 1000
3. Local da ocorrência: ☐ 100 - 1000
4. Data e hora da ocorrência: ☐ 100 - 1000
5. Nome do responsável: ☐ 100 - 1000
6. Nome do responsável: ☐ 100 - 1000
7. Nome do responsável: ☐ 100 - 1000
8. Nome do responsável: ☐ 100 - 1000
9. Nome do responsável: ☐ 100 - 1000
10. Nome do responsável: ☐ 100 - 1000



V - INFORMAÇÕES

1. Antecedentes de ocorrência: ☐ 100 - 1000
2. Ocorrência: ☐ 100 - 1000
3. Tipo de ocorrência: ☐ 100 - 1000
4. Veículo de 2 ou 3 rodas: ☐ 100 - 1000
5. Pedestre: ☐ 100 - 1000
6. Objeto: ☐ 100 - 1000
7. Local da ocorrência: ☐ 100 - 1000
8. Depois da ocorrência: ☐ 100 - 1000

VI - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 1
Danos aparentes - Em todos os lados
Danos aparentes - Em todos os lados
Danos aparentes - Em todos os lados



DEPARTAMENTO DE INTERIORES DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
PAPEL 1000 x 1000
Atendimento de N.º de Ocorrência: _____

1. Tipo de ocorrência: ☐ 100 - 1000
2. Natureza da ocorrência: ☐ 100 - 1000
3. Local da ocorrência: ☐ 100 - 1000
4. Data e hora da ocorrência: ☐ 100 - 1000
5. Nome do responsável: ☐ 100 - 1000
6. Nome do responsável: ☐ 100 - 1000
7. Nome do responsável: ☐ 100 - 1000
8. Nome do responsável: ☐ 100 - 1000
9. Nome do responsável: ☐ 100 - 1000
10. Nome do responsável: ☐ 100 - 1000

SERVIÇO DE INTERIORES DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
PAPEL 1000 x 1000
Atendimento de N.º de Ocorrência: _____
Assinatura: _____
Data: _____

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque efetuado: ☐ Policia Militar ☐ Particular ☐ Não efetuado
2. Comunicado à Delegacia de: _____ Hora: _____
Nome do receptor da ocorrência: _____ Matrícula: _____

XVII - RESPONSÁVEL: _____ POSTO: _____ GRAD: _____ MATRÍCULA: _____ NOME: _____
PELO BAI: _____
K-265/13 11:50:00 PM 2020-06-10 ASS: _____

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 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 <u>RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL</u>	CPF da Vítima <u>086841224-45</u>	Data do Acidente <u>16/01/2018</u>
--	--------------------------------------	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <u>AMARO ALVES MACIEL FILHO</u>	CPF do Representante legal <u>2340599649</u>
Email	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 a 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 do respectivo pedido.

Declaração de Inexistência de IML



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 sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Pio Fomoso, 19 de julho de 2018
Local e Data

Renata Vitória da Silva Maciel
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Amaro Alves Maciel Filho
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



[illegible]

PAÇOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

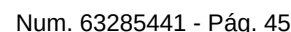
MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTE MINHAS

24. Agreement of Repetition 1st Lesson

Scanned by CamScanner



RIO FORMOSOS - PE

RIO FORMOSO

Nº de ocorrência

5.11.4441

1 Hora do Chamado: 18h 2 Chegada ao local: 18h 3 Chegada à U Hospitalar: 18h 4 Saída da U Hospitalar: 18h

5 Motivo/Solicitação: 6 Data: 11/06/2020

7 Tipo de equipamento: 8 Origem do acionamento: 9 Médico regulador: 10 Rádio Operador: 11 Paciente: 12 Solicitante: 13 Data de nascimento: 14 Sexo: 15 Sexo: 16 Nome da mãe: 17 Endereço do paciente: 18 Endereço: 19 Nº: 20 Bairro: 21 Município: 22 Referência: 23 Local de ocorrência: 24 Ocorrência relacionada: 25 Tipo de atendimento: 26 Tipo de atendimento: 27 Meio de locomoção da vítima: 28 Mecanismo do trauma: 29 Natureza do acidente: 30 Uso de capacete pela vítima: 31 Uso de cinto pela vítima: 32 Hábito alcoólico: 33 Intoxicação: 34 Queda: 35 Agressão: 36 Queimadura: 37 Vias aéreas: 38 Respiração: 39 Circulação/pulso: 40 Perfusão periférica: 41 Saturação O₂: 42 Coloração da pele: 43 Escala de GCS: 44 Escala de GCS: 45 Pupilas: 46 Altera: 47 Usa medicamento: 48 Alguma patologia: 49 Disfunção terapêutica: 50 Escala de Glasgow: 51 Resposta verbal: 52 Resposta motora: 53 SSVV: 54 Conduta: 55 História clínica atual, evolução e conduta: 56 Observações: 57 Unidade de destino: 58 Médico que recebeu: 59 Equipe: 60 Exoneração de responsabilidade: 61 Múltiplas vítimas: 62 Equipamentos retidos na unidade de destino:

Scanned by CamScanner

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMARO ALVES MACIEL FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02541-0

CONTA: 000010010517-3

Nr. da Autenticação 0A511064533CFE6E



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 151, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-68
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-02



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.431 de 24/04/02
COMERCIAL 116 PRONTIÃO 116
Atendimento ao cliente: 0800-727-0167
Ouvidoria: 0800-780-3500
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE 0800-727-0167 Ligação Gratuita de Telefone Fixo
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JEANSON JOSE MERY DE LYRA
CPF 049.520.584-03

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOÃO DE BARROS 151 - A

CENTRO/BARRILINHOS
55580-000 BARRILINHOS PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

26/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

93,68

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Trifásico

RESERVADO AO FISCO

8710 B5C8 CB08 7575 DC4B 4954 BFFB 4E9D

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/09/2019

DATA DA APROVAÇÃO

03/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

075668887

CONTA CONTRATADA

007003590261

Nº DO CLIENTE

00000000000000000000

Nº DA UNIDADE

00000000000000000000

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	IMPOSTOS E OUTROS DEDUTÍVEIS (ALÍQUOTA)
Consumo Ativo kWh	100.00	0.73572328	73.57	
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3.61	
Contrib. Rum. Pública Municipal			7.40	
ICMS Subvenção CDE NF 06415032-03/06/19			2.46	
TOTAL DA FATURA			93.68	
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				
ICMS	VALOR DO IMPOSTO	IRIS	VALOR DO IMPOSTO	ICMS
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO
83,62	25,00	20,90	0,81	0,67
83,62		83,62	3,72	3,14

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo da Medição	Anterior	Atual	NT	Constante	Ajuste	Consumo
000000003120423845	CAT	03/08/2019 95.285	03/09/2019 95.298	31	1.0000	0.00	1.00
000000003120423845	CAT	03/08/2019 95.285	03/09/2019 95.298	31	1.0000	3.00	4.00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMEDIÇÕES

RESUMO	INTERVALO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
		APROX.	APROX.	APROX.	APROX.
Consumo de Energia com Energia	BARRILINHOS	0.00	4.50	1.00	1.00
Atividade de Energia com Energia		0.00	1.43	4.50	1.00
Consumo de Energia com Energia		1.00	1.50	4.50	4.50
Consumo de Energia com Energia					
Consumo de Energia com Energia					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto da vocal mais com foto e vídeo: rua dom lúcio 386 centro - mar veredades - rua
morsemanhor localizada rocha centro lista completa em www.celpe.com.br
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/03
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto em atraso gera multa 7% (Resolução ANEEL 414/2010) e atualização monetária no pro. mas
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 7 dias de faturamento,
podendo também ser cobrada a taxa de disponibilidade de serviço em que ocorre a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	235
380	350	398

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	Tela de Pagamento
007003590261	09/2019	93,68	26/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Fato canhoto será usado em leitora ótica
838800000003 936800110070 003590261104 142214686830				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Receita de entrega de energia para pagamento (Código ANEEL: 1394043972)

NOTA FISCAL | Fatura | Conta de Energia Elétrica

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 311, JOIA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-900
CNPJ: 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.991, de 14/04/03
COMERCIAL (SEM RECEITAS PROTEGIDAS SEM RECURSOS)
Abandono ao definitivo judicial ou de fato (DIREITO DE USO)
Quilômetros (DIREITO DE USO)
Agência de Regulação dos Serviços Públicos (Departamento)
do Estado de Pernambuco-ARPE (DIREITO DE USO)
Legação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL (18)
Ligação Gratuita de telefones fixos e celulares
na origem para telefones celulares.

DADOS DO CLIENTE AMARO ALVES MACIEL FILHO	DATA DE VENCIMENTO 19/07/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 19/07/2019	CONTA CONTRATO 1392034010
ENDEREÇO RUA GENÉRIO DE OLIVEIRA RIBEIRO FORMOSO, FORTALEZA DO FORMOSO PE	TOTAL A PAGAR R\$ 69,81	DATA DA APRESENTAÇÃO 12/07/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDUAL Mensal
PERÍODO CONSUMO 01/06/2019 a 30/06/2019	CONSUMO 65	NÚMERO DA NOTA FISCAL 0005943972	

SOMA BASE DE CÂLCULO R\$ 0,00 (Anexo 25/07/2019) - Total a pagar R\$ 12,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
1392034010	07/2019	R\$ 69,81	19/07/2019	Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
836020030009 - 698100110610 - 1392034010107 - 140462462230				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou aquire para o SAC DPVAT 0800 1127 704 ou 0800 221208 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

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 nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a construir 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**.

Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão federal do sistema financeiro brasileiro, é responsável pelo gerenciamento de seguros, presidência privada de bens, capitalização e resseguros.

O Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem a finalidade de aplicar as penas administrativas, receber e identificar os recursos suspeitos de origem ilícita, preventivos e repressivos.

Pelo exposto, eu Benício José Batista de Aguiar, inscrito (a) no CPF nº 045.112.114, 05 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Carlos Gomes Junior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 36.212.247/40, do sinistro de DPVAT coberto(a) Gravidade da Vítima Antonio Carlos de Aguiar Junior, inscrito(a) no CPF sob o Nº 080.841.214/45, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão _____ Renda _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	Número	Complemento
Rua José Batista de Aguiar	111	A
Barro	Estado	Cep
Barro	PE	55500-000
E-mail	Telefone comercial/fax	Telefone celular/000
admnistrativ@phynacade.com.br	0800 75 185 8180 98754 5587	

Benício José de Aguiar 05/06/2020
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR1 001 V001/2017



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 921040

Nome: Renata Vilela de S. Maciel

Foi atendido às _____ hs. do dia 16/01/18

Diagnóstico Provável: Fratura de tíbia direita.

Tratamento Realizado: Análise de imagem e radiográfica + tomografia com planejamento de tratamento cirúrgico.

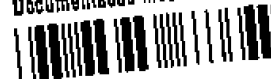
Observação: Retorno semanal ao ambulatório de ortopedia.

Cópia de:

Dr. Tiago Moura
CRM 105177/0045
Médico - ORT N° 2019

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Documentação médica - hospital



Cód. 0157





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 921040/2018.

NOME: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL.

Foi atendido às 16h11 do dia 16.01.2018.

Diagnóstico provável: Polietileno
fratura fechada de fêmur II

Acidente de trânsito

Tratamento realizado: Clínico - Uso de castelo
em bico D

Uso de castelo
de 7x7 cm e 4x4 cm, 2x 10 cm, 2x 10 cm

Obs. alta hospitalar em 17/01/18

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 08/03/18

SES - Hospital da Restauração
Dr. Carlos Paiva
Médico SAME
CRM: 9946

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS DO RIO FORTOSO - PE
titular: ELIO DE SOUZA WANDERLEY
Telefone: (81) 357817238

Cópia autenticada conforme original do fe.
test. da verdade. RIO FORTOSO-PE. Fato: 0,33
Emel: 1,98 TSNR: 0,66 Total: 3,98.
HENRIQUE DA SILVA GUSTAVO WANDERLEY
Escrivente Autorizado

Selo: 0073633.CTG03201801.00634 02/04/2018 11:18:26
Comente autenticada em www.tjpe.jus.br/selodigital