



Número: **0066206-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                    |                    | Procurador/Terceiro vinculado          |                |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|----------------|
| VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO (AUTOR)               |                    | GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO) |                |
| SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU) |                    |                                        |                |
| Documentos                                                |                    |                                        |                |
| Id.                                                       | Data da Assinatura | Documento                              | Tipo           |
| 72262947                                                  | 09/12/2020 14:51   | <a href="#">2771919_CONTESTACAO_01</a> | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00662066120208172001

**AUSÊNCIA DE COBERTURA**

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

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO**, 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 **19/11/2017**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 03/04/2019.**

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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



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

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

### **DO MÉRITO**

#### **DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 03/04/2019 após 01 ANO E 07 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 19/11/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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



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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>1</sup>.

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

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

### **DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

#### **DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

---

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



### **DA AUSÊNCIA DE COBERTURA**

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

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

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

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

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral<sup>2</sup>.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima<sup>3</sup>.

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

<sup>2</sup>RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO 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.

<sup>3</sup>**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



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

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

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

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

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

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

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>4</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>5</sup>

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

#### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

#### **CONCLUSÃO**

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

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Súmula 474 do STJ.

<sup>4</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>5</sup>art.

1º

(...)

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



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

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

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 1 de dezembro de 2020.

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

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



### QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há 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 **VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00662066120208172001.

Rio de Janeiro, 1 de dezembro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0066206-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                    |                    | Procurador/Terceiro vinculado          |                    |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|--------------------|
| VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO (AUTOR)               |                    | GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU) |                    |                                        |                    |
| Documentos                                                |                    |                                        |                    |
| Id.                                                       | Data da Assinatura | Documento                              | Tipo               |
| 72262949                                                  | 09/12/2020 14:51   | <a href="#">Perícia médica Parte 1</a> | Outros (Documento) |

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Nº Sinistro: 3180088165

Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180088165**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12432259

Pag. 01663/01664 - carta\_01 - INVALIDEZ

00010832



Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Nº Sinistro: 3180088165

Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180088165**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00275/00276 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12435389



Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Sinistro: 3180088165

Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180088165** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00321/00322 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12653448



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Nº Sinistro: 3180088165

Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180088165**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **19/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00087/00088 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 12683236



# Autorização de pagamento



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

### 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

007.265.564-65

Nome completo da vítima

VALDISON CAVALCANTE DE FRANCA SILVA

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

Nome completo

Endereço

Bairro

Email

Cidade

CPF titular da conta

Número

Estado

Profissão

Complemento

CEP

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

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

0044

D/V

013

CONTA

Nº

00041171

D/V

4

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(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.

ABREU LIMA, 06 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

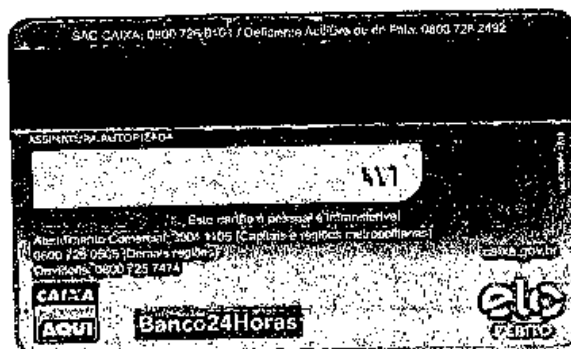
VALDISON CAVALCANTE DE FRANCA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017





523690000 LINEAR QUANT. 16-11-2019 16:29 443083.171





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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: 3180088165 CPF da Vítima: 097.265.564-65 Nome completo da vítima: VALDISONCAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

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

|                                                            |                           |                                               |                              |
|------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------|
| Nome completo<br><u>VALDISONCAVALCANTI DE FRANÇA FILHO</u> |                           | CPF titular da conta<br><u>097.265.564-65</u> | Profissão<br><u>AUTÔNOMO</u> |
| Endereço<br><u>RUA ALEBRÉO VIEIRA DE MELO</u>              |                           | Número<br><u>83-A</u>                         | Complemento<br><u>CASA</u>   |
| Bairro<br><u>CRUZ DE RIBEIRAS</u>                          | Cidade<br><u>IGARASSU</u> | Estado<br><u>PE</u>                           | CEP<br><u>53.625-030</u>     |
| Email                                                      |                           | 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: \_\_\_\_\_ NRO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRO. 0944 D/V 013 CONTA NRO. 00041171 D/V 4  
(Informar dígito se existir) (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.

ABREU LIMA, D.F. de MARÇO de 2018

Local e Data

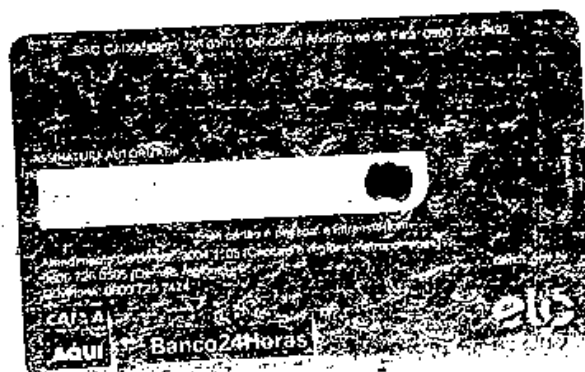
VALDISONCAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

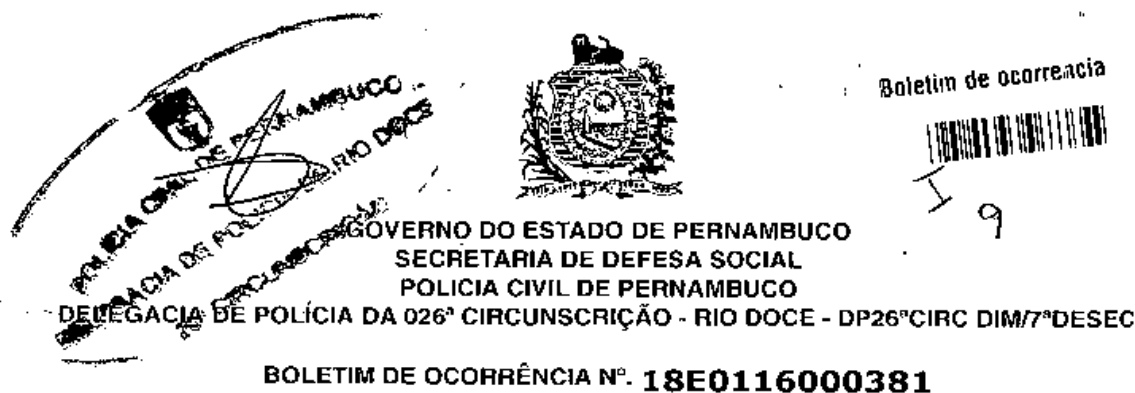
FAPPE.001 V001/2017





5539012 1/1 28-FEB-2018 07:50 L1023 UFVAT PA



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0116000381**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/02/2018** às **14:01**

Complementa o BÔ Número: **18E0116000329**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **19/11/2017** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA TABAJARA, 1, VIA PÚBLICA** - Bairro: **CIDADE TABAJARA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO À JUSTIÇA DO TRABALHO**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

SHIRLEIDE GOMES CAVALCANTE (AUTOR/AGENTE)  
✓ VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO (VITIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SHIRLEIDE GOMES CAVALCANTE  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

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

**VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **DILZA MARIA ANTÔNIO DE FRANÇA** Pai: **VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA** Data de Nascimento: **16/12/1991** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8347964/SDS/PE (RG), 09728556485 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Fixos: **- 35457016**  
Telefones Celulares: **- 983634155**

Endereço Residencial: **RUA ALFREDO VIEIRA DE MELO, 33, CASA "A" - CEP: 0 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO À ASSEMBLEIA DE DEUS DO SÍTIO LIRA**

**SHIRLEIDE GOMES CAVALCANTE (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA JORNALISTA GOMES MARANHÃO, 17 - CEP: 55000-000 - Bairro: BARRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**



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

**VEÍCULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO**  
/ Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**VEICULO II (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SHIRLEIDE GOMES CAVALCANTE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SHIRLEIDE GOMES CAVALCANTE**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/GM/ONIX** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDX0671** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9PGKL48UDH136666**  
Combustível: **ALCO/GASOL**

## Complemento / Observação

PELO PRESENTE, RELATOU A VÍTIMA QUE TRAFEGAVA PELA VIA SUPRACITADA, EM UMA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA, TITÃ 150, COR PRETA, PLACA KKD1345, QUANDO UM AUTO PASSEIO ATRAVESSOU BRUSCAMENTE EM SUA FRENTE E QUE PERDEU CONTROLE VINDO A COLOIDIR NA TRASEIRA DO MESMO E QUE DA BATIDA CAIU O PARA CHOQUES DO REFERIDO, JUNTAMENTE COM A PLACA PDX 0671, QUE TRATASE DE UM ONIX DE COR BRANCA, QUE EVADIU-SE DO LOCAL EM ALTA VELOCIDADE, SENDO A VÍTIMA SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE FOI CONSTATADO FRATURA EXPOSTA NA TÍBIA DIREITA, DILACERAÇÃO NA PERNA DIREITA E VÁRIAS ESCORIAÇÕES, CONFORME FICHA DE ESCLARECIMENTO MÉDICO DAQUELA UNIDADE DE SAÚDE. POSTERIORMENTE IDENTIFICADA A ACUSADA SHIRLEIDE E JA QUALIFICADA, DIANTE DO FATO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAIS.

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

**VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO**  
(VITIMA)

*Valdison Cavalcanti de França Filho*  
Cartório Alfredo Mariano

B.O. registrado por: **MARCO POLO VITAL DO REGO MATOS** - Matrícula: **118668-0**

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO  
RUA ALFREDO MARIANO DE BRITO, 255 - JARDIM SÃO CARLOS, 13.050-000, ABRU E LIMA/PE  
CNPJ: 06.520.200 - Fone: (81) 3547-1381/3541-0572 - email: alfredomariano@brasil.com.br  
Reconheço por **SELMANCA** a firma de **VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO**, Abreu e Lima/PE, 02/02/2018 13:16:08, em testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 3,99 + ITR: R\$ 0,80 Total: 4,79.  
RD-10-53920  
*Alfredo Mariano*  
André Francisco da Costa Guerra Durado - Substituto  
Selo digital: 0150607.DUP01201803.01162  
certifique autenticidade em www.tjpe-jus.br/notasdigitais



02/02/2018 13:51





Declaração de Inexistência de

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 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             | CPF da Vítima  | Data do Acidente |
| VALDISON CAVALCANTE DE FRANCA SILVA | 007.265.564-65 | 10-11-2017       |

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

|                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante legal |
| 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.

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.

ABREU LIMA, DB de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

VALDISON CAVALCANTE DE FRANCA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:52  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515205500000070843396>  
Número do documento: 20120914515205500000070843396

Num. 72262949 - Pág. 11

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 097.265.564-65 Nome completo da vítima: VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO

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

Nome completo: VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO CPF: 097.265.564-65

Profissão: AUTÔNOMO Endereço: R- ALFREDO VIEIRA DE MELLO Número: 33-A Complemento: CASA

Bairro: CRUZ DE REBOÇA Cidade: IGARASSU Estado: PE CEP: 53625-030

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 081-988965394

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0994 CONTA: 00041171 (4)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de ressarcimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 30-04-2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

Assinatura do Procurador (se houver)





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

Comprovacao de ato declarat



**Certidão nº 2017APH002054 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr<sup>(a)</sup>. VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO, 25 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 0347964 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 097.265.564-65, residente à RUA ALFREDO VIEIRA DE MELO, nº 33, A, CRUZ DE REBOUÇAS, IGARASSU-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 19/11/2017, por volta das 13:32 hs, no endereço: PE 15, S/N, CIDADE TABAJARA OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo , no(a) qual fora vítima(a) o(a) Sr<sup>(a)</sup> VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO, inscrito sob o CPF nº 097.265.564-65 e Registro Geral nº 0347964, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB ALUIZIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº . Ficou aos cuidados do médico MATHEUS, registro 25497. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 04/01/2018

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH002054*

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

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

SEMPRE EM LÍNEA SEMPRE 16-11-2018 16:21 443056 1/1





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2017APH002054 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr<sup>(a)</sup>. VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO, 25 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 0347964 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 097.265.564-65, residente à RUA ALFREDO VIEIRA DE MELO, nº 33, A, CRUZ DE REBOUÇAS, IGARASSU-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 19/11/2017, por volta das 13:32 hs, no endereço: PE 15, S/N, CIDADE TABAJARA OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo , no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr<sup>(a)</sup> VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO, inscrito sob o CPF nº 097.265.564-65 e Registro Geral nº 0347964, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB ALUIZIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº . Ficou aos cuidados do médico MATHEUS, registro 25497. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 04/01/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH002054



Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180  
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA ALFREDO VIEIRA DE MELO 33 -A

CPF: 280.876 804-72

CRUZ DO REBOUCAS/CRUZ DE REBOUCAS  
IGARASSU PE  
53625-030

CLASSIFICAÇÃO  
BT RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

|                   |               |                  |
|-------------------|---------------|------------------|
| Nº DA NOTA FISCAL | GÊNERO        | EMIÇÃO           |
| 055780658         | UNICA         | 25/03/2018       |
| APRESENTAÇÃO      | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 25/03/2018        | 200008458     | 1258185          |

|                     |                                |
|---------------------|--------------------------------|
| CONTA CONTRATO      | MERCADO                        |
| 2320861015          | 03/2019                        |
| DATA DE VENCIMENTO  | DATA PARA VISTA PROXIMA LETURA |
| 01/04/2019          | 24/04/2019                     |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 78,49                          |

|                                            | QUANTIDADE  | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Consumo Análise (1/1/16)                   | 92,00000000 | 0,75000324  | 69,23       |
| Contribuição Pública Municipal             |             |             | 7,13        |
| ICMS Subvenção-CDE nº 048061073 - 24/01/19 |             |             | 0,48        |
| Multa por atraso- NF 048061073 - 24/01/19  |             |             | 1,15        |
| Juros por atraso- NF 048061073 - 24/01/19  |             |             | 0,48        |

TOTAL DA FATURA

| Nº DO<br>REEDOR | TIPO DA<br>FUNÇÃO | ANTERIOR   |          | ATUAL      |          | Nº DE<br>DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CUSTO (R\$) |
|-----------------|-------------------|------------|----------|------------|----------|---------------|-----------|--------|-------------|
|                 |                   | DATA       | LEITURA  | DATA       | LEITURA  |               |           |        |             |
| MA3481          | CAT               | 21/02/2019 | 27 981,8 | 28/02/2019 | 29 653,9 | 30            | 1,0000    |        | 62,90       |

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |                   |
|-----------------------|-------------------|
| GERAÇÃO DE ENERGIA    | R\$ 21,46 38,00%  |
| TRANSMISSÃO           | R\$ 3,19 4,50%    |
| DISTRIBUIÇÃO (CABOS)  | R\$ 14,06 24,40%  |
| PERDAS DE ENERGIA     | R\$ 4,88 8,70%    |
| ENERGIA DISTRIBUÍDA   | R\$ 3,63 5,50%    |
| TOTAL                 | R\$ 56,22 100,00% |

DB3A DEE77C8C 8UDA EA51 891F E8C3 BF2E

Região Norte tem parte da rede de distribuição de energia elétrica com o menor índice de crescimento em 62 municípios, segundo um levantamento feito pelo IBGE. O maior índice de crescimento foi registrado em Rio de Janeiro. Cabeceira de Jari, no Rio Grande do Norte, teve o maior crescimento de 14,9%. Mas, mesmo assim, a região ficou com o menor índice de crescimento de 1,7%, segundo o levantamento. O maior índice de crescimento foi registrado em Rio de Janeiro. Cabeceira de Jari, no Rio Grande do Norte, teve o maior crescimento de 14,9%. Mas, mesmo assim, a região ficou com o menor índice de crescimento de 1,7%, segundo o levantamento.

ATENÇÃO! A CELF6 INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

AMATE 15 DIAS, DÉBITO EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

| Vencido | Débito | Vencido | Débito |
|---------|--------|---------|--------|
| 200319  | 200319 | 87,33   |        |

As informações não podem ser usadas para fins de marketing e/ou controle de custos em virtude do sigilo. Caso o usuário não tenha recebido para si ou de terceiros o material, poderá entrar em contato com o fabricante, enviando o endereço para o qual o produto não chegou, mediante o formulário RFI-14. O usuário poderá acessar o endereço [www.fda.gov/cder/rdmt/rf14.htm](http://www.fda.gov/cder/rdmt/rf14.htm) ou ligar para o número 1-800-338-1044.

| SUSCATAÇÃO DE METAIS |                        |              |                  |              | TAXA DE SUSCATAÇÃO (%) |                        |
|----------------------|------------------------|--------------|------------------|--------------|------------------------|------------------------|
| PRODUTOS             | VALOR ADICIONADO (R\$) | LACETE METAL | LIMITE TITIMETAL | LIMITE ANOEL | TAXA DE SUSCATAÇÃO (%) | TAXA DE SUSCATAÇÃO (%) |
|                      |                        |              |                  |              | 200                    | 201                    |
| PRODUTOS             | 0,00                   | 5,10         | 10,30            | 20,70        |                        |                        |
| PRODUTOS             | 0,00                   | 3,30         | 13,20            |              |                        |                        |
| PRODUTOS             | 0,00                   | 2,30         | 0,00             | 0,00         |                        |                        |

CONTA CONTRATO NOME ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

|            |         |            |       |
|------------|---------|------------|-------|
| 2320001015 | 03/2018 | 01/04/2019 | 78,49 |
|------------|---------|------------|-------|

83870000000-1 78490011002-9 32086101510-3 13922666553-6



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO!  
02 MAI 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Gracas - Recife/PE CEP: 52071-640



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

**SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89** | **SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06** | **Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu DILSA MARIA ANTONIO DE FRANÇA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 290.878.804, 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

WALDIRSON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.265.564, 65

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima WALDIRSON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.265.564, 65, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço:

|                          |             |         |          |              |               |
|--------------------------|-------------|---------|----------|--------------|---------------|
| R-ALFREDO VIEIRA DE MELO |             | Número: | 33-A     | Complemento: | CASA          |
| Bairro:                  | CRUZ DEBUÇA | Cidade: | IGARASSU | Estado:      | PE            |
| E-mail:                  |             |         |          | CEP:         | 53625-030     |
|                          |             |         |          | Tel.(DDD):   | 081-983634455 |

Local e Data: Recife, 30 de Abril, 2019

x Dilsa Maria Antonio de França  
Assinatura do Declarante



DLRL.001 V001/2017



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, DILSA MARIA ANTONIO DE FRANÇA

RG nº 2.369.882, data de expedição 07/11/2018

Órgão S.D.S., portador do CPF nº 290.878.804-72

com domicílio na cidade de Igarassu, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Alfredo Vianna de Melo, nº 33A

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

MARILSON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO, cujo o condutor era

MARILSON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO

Veículo: Moto Modelo: 2009 Ano: 2009

Placa: AKD-4345 Chassi: 9C2KC16409R025844

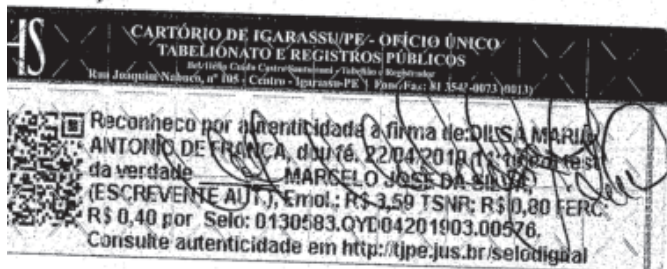
Data do Acidente: 19/11/17

Local e Data: IGARASSU, 22/04/2019.

Dilsa Maria Antonio de França  
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )





**HOSPITAL GETÚLIO VARGAS**  
**SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA**



**BOLETIM DE ESCLARECIMENTO**

**NOME: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO**

**1. Ocorrência da Emergência: 510679**

**1.1 - Atendimentos em: 19/11/17**

**1.2 - Às 14 horas e 30 minutos.**

**1.3 - Internado: SIM**

**1.4 - Retirou-se às hr. e min.**

**2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1069725**

**2.1 - Internado em: 19/11/17**

**2.2 - Alta em: 20/11/17**

**3. Hipótese Diagnóstica: 1) FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA.**

**4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 19/11/17; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA. 2) ANTIBIOTICOTERAPIA.**

**5. Observação: ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

DATA: 25.1.2018

HORA: 15:49:28

PASTA: 01.01.2018

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá  
Dermatologista  
CRM 10.000 ROE 2167  
CRM Jéssica Guido.

SEÇÃO DE LIGER PRAAT PIA 16-11-2016 15:31 443068 1/1





# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 510679

Prontuário: 1069725

Nome: VALDIS

Data Nasc.: 16/

CPF:

Endereço: RUA

Bairro: CRUZ D

CEP: 53650535

Nome da Mãe:

Acompanhante:

Nome do Conju:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: REFERE ACIDENTE DE TRANSITO, COM COLISAO MOTO /CARRO

HUV - Hospital Getúlio Vargas

Prontuário: 1069725

Paciente: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Clínica: SALA DE RECUPERAÇÃO

Nasc.: 16/12/1991

Idade: 25 Anos 11 Meses

Mãe: DILZA MARIA ANTONIO DE FRANCA

End.: RUA ALFREDO VIEIRA DE MELO, 33 - CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU

PE - Cep 53650535

HOSPITAL GETULIO V. DATA: 19/11/2017 Nº: 1069725 USUARIO: JOSEKLEIDIAN

CNS: 708600593488185

708600593488185

Nº: 33

Estado: PE

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 19/11/2017 HORA: 14:30 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

Pet vítima de acidente com moto, com queixa de dor no membro superior direito, com trauma de contusão no membro superior direito. Trauma de pele no membro superior direito com trauma de fratura profunda no membro superior direito com fratura de rádio e ulna.

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Temp:

Bom e geral, com trauma no membro superior direito, com fratura de rádio e ulna.

B: Respiratório

C: Circulatório

PA:

x

mm

Pulso:

bpm:

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

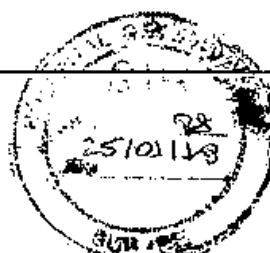
Escore:

Escore:

Hora:

Hora:

Hora:



**HOSPITAL GETULIO VARGAS**  
**EMERGÊNCIA**



|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| E: Abdômen                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              |
| NDN                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                              |
| Diagnóstico Inicial: <i>trauma com n.m.i. Direito</i>                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |
| Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              |
| Exames Solicitados : 1 - Especializados                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                              |
| Resultado de Exames:                                                                                                                                                                               | Código Procedimento:                                                                                                                                                         |
| Tratamento / Procedimentos: <i>① Faco 1º atendimento pela<br/>Cirurgia Geral<br/>② Solicito Rx de n.m.i. Direito</i>                                                                               | Ass. Médico + Carimbo                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                    | Código Procedimento:                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                    | Ass. Médico + Carimbo                                                                                                                                                        |
| Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:                                                                                                             | Ass. Enfermeira + Carimbo                                                                                                                                                    |
| Evolução de Enfermagem: <i>③ Aguarda resolução da<br/>fratura rotatória</i>                                                                                                                        |                                                                                                                                                                              |
| Diag. Definitivo:                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                              |
| Definição do Caso:                                                                                                                                                                                 | Condição de Alta:                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se          | <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado<br><input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado<br><input type="checkbox"/> Óbito |
| Informação do Serviço Social                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |
| Confirmação do Nome:                                                                                                                                                                               | Assist. Social:                                                                                                                                                              |
| Confirmação do Endereço:                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                              |
| Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externo: <input type="checkbox"/>                                | Assist. Social                                                                                                                                                               |
| Observações:                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |
| Autorização para Alta / Internamento / Transferência                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                              |
| Médico:                                                                                                                                                                                            | CRM/CRO: Data: Hora:                                                                                                                                                         |
| Termo de Responsabilização para Internamento:                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |
| - Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares. |                                                                                                                                                                              |
| Data:                                                                                                                                                                                              | Nome completo legível:                                                                                                                                                       |
| Nº da Identidade:                                                                                                                                                                                  | Assinatura:                                                                                                                                                                  |
| Termo de Responsabilização para Alta a Pedido:                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                              |
| - Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.                                    |                                                                                                                                                                              |
| Data:                                                                                                                                                                                              | Nome completo legível:                                                                                                                                                       |
| Nº da Identidade:                                                                                                                                                                                  | Assinatura:                                                                                                                                                                  |
| Cadastramento: 19/11/2017 14:31 h JOSENEIDEAS                                                                                                                                                      | impressão: 19/11/2017 14:31 h JOSENEIDEAS                                                                                                                                    |

C. perl. 1634 / 191117

[illegible]**Médico**

Flávio R. Paz  
Cirurgião Gen.  
CRM - PA - 2346





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

261710267688-1

## LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

CARTÃO SUS:

708600593488185

SENHA:

NOME DO PACIENTE:

VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

DATA DE NASCIMENTO:

16/12/1991

SEXO

MASCULINO

Nº DO REGISTRO

1069725

NOME DA MÃE:

DILZA MARIA ANTONIO DE FRANÇA

ENDEREÇO:

Nº

BLOCO

APTO

BAIRRO

MUNICÍPIO:

UF:

PE

CEP:

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente com história de colisão moto x auto sofrendo trauma em MID.

EXAME FÍSICO: BEG, orientado, corado, hidratado, eupneico.

Ferimento extenso em face antero-medial de perna direita com exposição óssea + ferimento em face anterior de Joelho direito. Neurovascular preservado distalmente.

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES

Anamnese + exame físico + Rx

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA + FERIMENTO EM JOELHO DIREITO

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA + LMC + SUTURA DE FERIMENTO EM JOELHO DIREITO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

TRAUMATO-ORTOPEDIA

DATA:

19/11/2017

DATA:

Sérgio Campos  
Médico Médico - HCV  
CRM 1584

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

## PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

## AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

SERVIÇO DE LAUDO ORTOM - PM 16-FEV-2018 15:22:44 30/1/17  
SERVIÇO DE LAUDO

20 de novembro  
montevideo

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                                                                                                 |                                   |                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco<br><b>HOSPITAL<br/>Getúlio Vargas</b>                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                                                                                                 | <b>SUMÁRIO DE ALTA</b>            |                                                                                                |
| NOME:<br><b>VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                                                                 | <b>02 (DUAS) VIAS</b>             |                                                                                                |
| NOME DA MÃE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                                                                                                 | CARTÃO SUS:                       |                                                                                                |
| CLÍNICA:<br><b>ORTOPEDIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ENFERMARIA:<br><b>SR</b> | LEITO:<br><b>28</b>                                                                             | Nº DO REGISTRO:<br><b>1069725</b> |                                                                                                |
| DATA DE NASCIMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                               | IDADE:                   | PESO:                                                                                           | ALTURA:                           | SEXO:                                                                                          |
| MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):<br><b>ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão</b>                                                                                                                                                       |                          |                                                                                                 |                                   |                                                                                                |
| COMORBIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                                                                                                 |                                   |                                                                                                |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS:<br><b>LMC + sutura</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                                                                 |                                   |                                                                                                |
| DATA DA INTERNAÇÃO:<br><b>19/11/2017</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          | DATA DA ALTA:<br><b>20/11/2017</b>                                                              |                                   | DIAS DE INTERNAÇÃO:                                                                            |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO<br><b>0415030012</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |                          | CID<br><b>J35.L</b><br><b>C430</b>                                                              |                                   | CARIMBO/REVISOR/ATURAMENTO<br><b>Sergio Carlos</b><br><b>Revisor Médico</b><br><b>Cirurgia</b> |
| COD                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | EQUIPE                   | NOME DO PROFISSIONAL                                                                            |                                   | MATRÍCULA                                                                                      |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CIRURGIÃO                | DR Tércio Farias                                                                                |                                   | 55106008                                                                                       |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1º AUXÍLIO CIRÚRGICO     | DR Bruno Monteiro                                                                               |                                   | 1109                                                                                           |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2º AUXÍLIO CIRÚRGICO     | Dra Ana Áurea                                                                                   |                                   | 1109                                                                                           |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ANESTESISTA              |                                                                                                 |                                   | 1109                                                                                           |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CLÍNICO                  |                                                                                                 |                                   | 1109                                                                                           |
| RESUMO DO CASO<br>(ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                                                 |                                   |                                                                                                |
| Paciente deu entrada em nosso hospital no dia 19/11/17 às 14:30h com história de trauma com ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão. Foi submetido a procedimento cirúrgico no dia 19/11/17 (LMC + sutura). No pós operatório evoluiu bem com melhora de ferida operatória. |                          |                                                                                                 |                                   |                                                                                                |
| MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA<br><b>ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + dipirona</b>                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                                                 |                                   |                                                                                                |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL<br><b>ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão</b>                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                                                 |                                   |                                                                                                |
| CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA<br><b>BEG, orientado, corado, eupneico. com boa perfusão distal.</b>                                                                                                                                                                                                                   |                          |                                                                                                 |                                   |                                                                                                |
| MOTIVO DA ALTA<br>CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/><br>OUTROS:                                                                                                                                                                 |                          | ÓBITO<br>IML <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> BO: <input type="checkbox"/> |                                   |                                                                                                |
| ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO<br><b>Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de traumatologia</b>                                                                                                                                                                                                              |                          |                                                                                                 |                                   |                                                                                                |
| DATA:<br><b>20/11/2017</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                                                 |                                   |                                                                                                |

Dra. Karina Nóbrega  
Médico Responsável





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL  
GETÚLIO VARGAS



## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

**Nome do paciente:** VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

**Registro:** 1069725

**Data da operação:** 19/11/2017

**Operador:** DR. TÉRCIO FARIAS

**1º auxiliar:** DR. BRUNO MONTEIRO MR2

**2º auxiliar:** DRA. ANA ÁUREA MR1

**Diagnóstico pré-operatório:** EXTENSO FERIMENTO EM PERNA DIREITA

**Diagnóstico pós-operatório:** **FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA**

**Tipo de operação:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA

#### Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Assepsia + antissepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Observada extensa lesão de partes moles em MID com exposição de estruturas profundas + fratura exposta por abrasão em face anterior de tíbia direita + ferimento em joelho direito;
- 5) Desbridamento de tecidos desvitalizados;
- 6) Limpeza abundante com SF 0,9%;
- 7) Sutura de ferimentos com pontos simples em Nylon 2-0;
- 8) Curativo estéril;
- 9) Observada boa perfusão distal ao fim do procedimento.

Ana A.

CSM

CSM

SEMPRE EM LÍNEA 16-11-2018 15:12 445875 14

SEMPRE EM LÍNEA





Número: **0066206-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                    |                    | Procurador/Terceiro vinculado          |                    |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|--------------------|
| VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO (AUTOR)               |                    | GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU) |                    |                                        |                    |
| Documentos                                                |                    |                                        |                    |
| Id.                                                       | Data da Assinatura | Documento                              | Tipo               |
| 72262955                                                  | 09/12/2020 14:51   | <a href="#">Perícia médica Parte 2</a> | Outros (Documento) |



# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: VALDIS

Data Nasc.: 16

CPF:

Endereço: RUA

Bairro: CRUZ D

CEP: 53650535

Nome da Mãe:

Acompanhante:

Nome do Conju

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: REFERE ACIDENTE DE TRANSITO, COM COLISAO MOTO /CARRO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA 19/11/2017 HORA: 14:30 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

perda de consciência por trauma de acidente com moto, com epicontra, sem  
relato de ferimento profundo em mmii. Injuriado pelos bombeiros com  
Paciente ferido com contusões

### História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐  
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐  
Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura m  
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto: Transporte Realizado por:  
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Por que:  
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: m  
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐  
Observações: Nega alterações em tetra comissão elavada há  
alguns

### Exame Físico:

#### A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: C°

Bom e igual, consciente, orientado, sem

#### B: Respiratório

#### C: Circulatório

PA: x mm Pulso: bpm

RCN em 21, BOM e igual

#### D: Exames Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular  
Score: Hora:

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Glasgow: Resposta Verbal  
Score: Hora:

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐  
Glasgow: Resposta Motora  
Score: Hora:

15

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
02 MAI 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 115 - LAR D  
Belo Horizonte - MG  
CEP: 32011-040





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



### BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

**NOME: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO**

**1. Ocorrência da Emergência: 510679**

1.1 - Atendimentos em: 19/11/17

1.2 - Às 14 horas e 30 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

**2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1069725**

2.1 - Internado em: 19/11/17

2.2 - Alta em: 20/11/17

**3. Hipótese Diagnóstica: 1) FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA.**

**4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 19/11/17: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA. 2) ANTIBIOTICOTERAPIA.**

**5. Observação: ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

DATA: 25.1.2018

HORA: 15:49:28

PASTA: 01.01.2018

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá  
Dermatologista  
CRM 15.938 RQE 2167  
Jéssica Guido.





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

261710267688-1

### LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

CARTÃO SUS:

708600593488185

SENHA:

NOME DO PACIENTE:

VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

DATA DE NASCIMENTO:

16/12/1991

SEXO

MASCULINO

Nº DO REGISTRO

1069725

NOME DA MÃE:

DILZA MARIA ANTONIO DE FRANÇA

ENDEREÇO:

Nº

BLOCO

APTO

BAIRRO

MUNICÍPIO:

UF:

PE

CEP:

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente com história de colisão moto x auto sofrendo trauma em MID.

EXAME FÍSICO:

BEG, orientado, corado, hidratado, eupneico.

Ferimento extenso em face antero-medial de perna direita com exposição óssea + ferimento em face anterior de Joelho direito. Neurovascular preservado distalmente.

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES

Anamnese + exame físico + Rx

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA + FERIMENTO EM JOELHO DIREITO

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA + LMC + SUTURA DE FERIMENTO EM JOELHO DIREITO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

TRAUMATO-ORTOPEDIA

CÓDIGO:

0415030013

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA:

19/11/2017

DATA:

Sérgio Campos  
Audiência Médica - HGV  
CRM 7584

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

### PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

### AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
02 MAI 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - 10º andar  
Graciosa - Recife - PE - CEP: 50311-0400  
DATA DO ENCAMINHAMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO



se vc  
montar

|                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                                        |                                   |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco<br><b>HOSPITAL<br/>Getúlio Vargas</b>                                                                                                                                                      |                          |                                                                                        | <b>SUMÁRIO DE ALTA</b>            |                     |
| NOME:<br><b>VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO</b>                                                                                                                                                                                    |                          |                                                                                        | <b>02 (DUAS) VIAS</b>             |                     |
| NOME DA MÃE:                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                                                                        | CARTÃO SUS:                       |                     |
| CLÍNICA:<br><b>ORTOPEDIA</b>                                                                                                                                                                                                           | ENFERMARIA:<br><b>SR</b> | LEITO:<br><b>28</b>                                                                    | Nº DO REGISTRO:<br><b>1069725</b> |                     |
| DATA DE NASCIMENTO:                                                                                                                                                                                                                    | IDADE:                   | PESO:                                                                                  | ALTURA:                           | SEXO:               |
| MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):<br><b>ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão</b>                                                                            |                          |                                                                                        |                                   |                     |
| COMORBIDADE:                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                                                                        |                                   |                     |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS:<br><b>LMC + sutura</b>                                                                                                                                                                    |                          |                                                                                        |                                   |                     |
| DATA DA INTERNAÇÃO:<br><b>19/11/2017</b>                                                                                                                                                                                               |                          | DATA DA ALTA:<br><b>20/11/2017</b>                                                     |                                   | DIAS DE INTERNAÇÃO: |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO<br><b>0415030013</b>                                                                                                                                                                                  |                          | CID<br><b>J76.2</b>                                                                    | CARIMBO/REVISÃO/ATENDIMENTO       |                     |
| COD                                                                                                                                                                                                                                    | EQUIPE                   | NOME DO PROFISSIONAL                                                                   |                                   | MATRÍCULA           |
| 1                                                                                                                                                                                                                                      | CIRURGIÃO                | DR Tércio Farias                                                                       |                                   |                     |
| 2                                                                                                                                                                                                                                      | 1º AUXÍLIO CIRURGICO     | DR Bruno Monteiro                                                                      |                                   |                     |
| 3                                                                                                                                                                                                                                      | 2º AUXÍLIO CIRURGICO     | Dra Ana Áurea                                                                          |                                   |                     |
| 4                                                                                                                                                                                                                                      | ANESTESISTA              |                                                                                        |                                   |                     |
| 5                                                                                                                                                                                                                                      | CLÍNICO                  |                                                                                        |                                   |                     |
| RESUMO DO CASO<br>(ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)                                                                                                                                             |                          |                                                                                        |                                   |                     |
| Paciente deu entrada em nosso hospital no dia 19/11/17 às 14:30h com história de trauma com ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão. No pós operatório evoluiu com melhora de ferida operatória. |                          |                                                                                        |                                   |                     |
| MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                                                        |                                   |                     |
| ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + dipirona                                                                                                                                                                                       |                          |                                                                                        |                                   |                     |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL                                                                                                                                                                                                                  |                          |                                                                                        |                                   |                     |
| ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão                                                                                                                                                          |                          |                                                                                        |                                   |                     |
| CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA                                                                                                                                                                                                             |                          |                                                                                        |                                   |                     |
| BEG, orientado, corado, eupneico. com boa perfusão distal.                                                                                                                                                                             |                          |                                                                                        |                                   |                     |
| MOTIVO DA ALTA                                                                                                                                                                                                                         |                          | ÓBITO                                                                                  |                                   |                     |
| CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>                                                                                                                   |                          | IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO: <input type="checkbox"/> |                                   |                     |
| OUTROS:                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                                                                        |                                   |                     |
| ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO                                                                                                                                                                                                       |                          |                                                                                        |                                   |                     |
| Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de traumatologia                                                                                                                                                                              |                          |                                                                                        |                                   |                     |
| DATA:<br><b>20/11/2017</b>                                                                                                                                                                                                             |                          |                                                                                        |                                   |                     |

**Sérgio Campos**  
Atendente Médico - SUS  
CRM 144

**DEPARTAMENTO DE TRAUMATOLOGIA**  
CONTENDO: ☒ HISTÓRICO  
02 MAI 2019  
**Gente Seguradora S/A**  
Av. Rui Barbosa, 115 - Lapa 5  
Gracás - Recife/PE - CEP: 52011-040

**Dra. Karina Nobre**  
Ortopedista - Traumatologia  
CRM 17.571  
Médico Responsável





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL  
GETÚLIO VARGAS



## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

**Nome do paciente:** VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

**Registro:** 1069725

**Data da operação:** 19/11/2017

**Operador:** DR. TÉRCIO FARIAS

**1º auxiliar:** DR. BRUNO MONTEIRO MR2

**2º auxiliar:** DRA. ANA ÁUREA MR1

**Diagnóstico pré-operatório:** EXTENSO FERIMENTO EM PERNA DIREITA

**Diagnóstico pós-operatório:** **FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA**

**Tipo de operação:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA

#### Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Assepsia + antissepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Observada extensa lesão de partes moles em MID com exposição de estruturas profundas + fratura exposta por abrasão em face anterior de tibia direita + ferimento em joelho direito;
- 5) Desbridamento de tecidos desvitalizados;
- 6) Limpeza abundante com SF 0,9%;
- 7) Sutura de ferimentos com pontos simples em Nylon 2-0;
- 8) Curativo estéril;
- 9) Observada boa perfusão distal ao fim do procedimento.



Ana Áurea  
CRMPE 210





# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

NDN

Diagnóstico Inicial: *trauma sem mmii direito*

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos: ① *Draco 1º atendimento pela*  
*Cirurgia Geral*  
② *Salvato Rx de mmii direito*

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Médico + Carimbo

Evolução de Enfermagem: ③ *Aguarda avaliação da*  
*fratura da tíbia*

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ Piorado  
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐

Observações:

Assist. Social:

Assist. Social

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento :

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares

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

Nome completo legível: \_\_\_\_\_

Nº da Identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

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

Nome completo legível: \_\_\_\_\_

Nº da Identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Cadastramento: 19/11/2017 14:31 h JOSENEIDEAS

Impressão: 19/11/2017 14:31 h JOSENEIDEAS

*Carimbo: 16:34 / 19/11/17*

*Paciente sem mmii direito*

*Paciente sem mmii direito de atendimento*

*Atende-se a cirurgia. Ao ser feito o exame, não*

*há lesão de fratura da tíbia*

*devido a falta de apoio físico / não sendo possível*

Médico

*Flávio R. Paz*  
Cirurgião Geral  
CRM - RJ 23201



Documentos de identificacao



| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>VALIDADE EM TUDO<br/>O TERRITÓRIO NACIONAL</p> <p>1219917088</p> </div> <div> <p>VALDIRSON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO</p> <p>DOC. IDENTIDADE / ORD. EMISSAO / UF</p> <p>3347944 RJ RJ</p> <p>CNP</p> <p>097.265.544-65</p> <p>DATA NASCIMENTO</p> <p>28/12/1971</p> <p>FUNÇÃO</p> <p>VALDIRSON CAVALCANTI<br/>DE FRANCA</p> <p>DILEA MARIA ANTONIO<br/>DE FRANCA</p> <p>PERMISSÃO</p> <p>ACC</p> <p>C/2 MAR</p> <p>A</p> <p>PRESENCIA</p> <p>06283892792</p> <p>VALIDADE</p> <p>21/05/2019</p> <p>EMISSÃO</p> <p>20/01/2015</p> </div> </div> |  |
| <p>COMENTÁRIOS</p> <p>SEM OBSERVAÇÕES</p> <p>Assinatura do Titular</p> <p>Assinatura do Detran</p> <p>LOCAL</p> <p>RECIFE - PE</p> <p>DATA EMISSÃO</p> <p>21/01/2016</p> <p>15460358841</p> <p>DETRAN - PE (PERNAMBUCO)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |

SEI 890008 LINES DMAT RJ 14-01-2019 15:28 443078 1/1

SEI 890008 LINES DMAT RJ 14-01-2019 15:28 443078 1/1

SEI 890008 LINES



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REINSTRUMENTO GERAL 8.347.964 DATA DE EXPIRAÇÃO 19/03/2014

MCME << VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO >>

FILIAÇÃO << VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA >>  
<< DILZA MARIA ANTONIO DE FRANÇA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 16/12/1991

DIGITADOR << 077869 01 55 1992 1 00073 177 >>

0031910 77 IGARASSU-PE >>

CPF 097 265.564-65

ASSINATURA ELEGITIMADA

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE REGISTRAÇÃO CIVIL E DE BENS

EC-3

Valdison C. de França Filho

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SEBASTIÃO LUIZ PEREIRA RUA 16-11-2010 15:22 443879 1/1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**VALDIRSON CAVALCANTI DE FRANCA FIGUEIRA**

CPF: 0347964-888-PE  
 CNH: 027.265.564-88 18/12/1991  
 VALDIRSON CAVALCANTI  
 DE FRANCA  
 DILEZA MARIA ANTONIO  
 DE FRANCA

PERMISSÃO: ☐ ALC ☐ CUE ☐ R

VEICULO: 042233992782 **VALDIRSON** 23/05/2019 20/01/2025

PROVA DE HABILITAÇÃO: **sem observações**

**Valdirson de Franca Figueira**

ASSINATURA: *[Assinatura]* 25460359841  
 9807195512

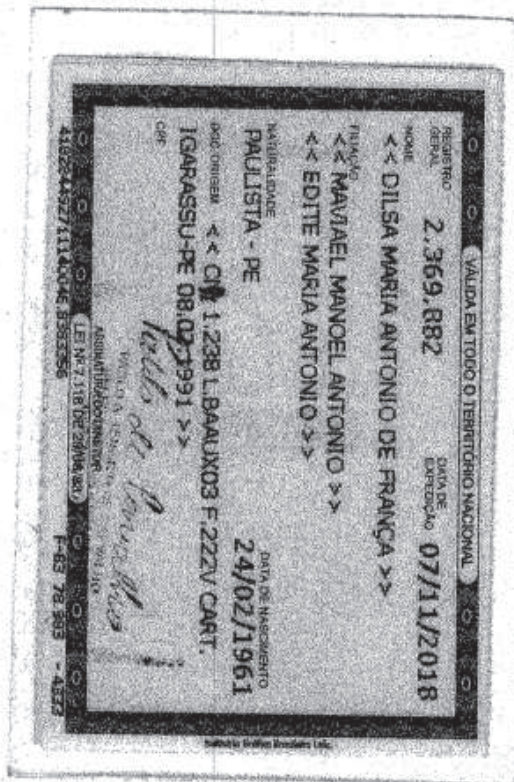
**DETRAN - PE (PERNAMBUCO)**

1219917088

AMENDAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 02 MAI 2019  
 Gente Seguradora S/A  
 Av. Rui Barbosa, 715 - Jd. S  
 Graças - Recife/PE CEP: 52011-040







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013432686586

VIA 1 160262275 RNTTC \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2017

NOME  
DILSA MARIA ANTONIO DE FRANCA

IGARASSU-PE

290.878.804-72

PLACA  
KRD1345

PLACA ANT./UP \*\*\*\*\* CHASSI 9C2KC1E109R025844

ESPÉCIE TIPO  
PAS MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL  
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO  
HONDA/CG150 TITAN MX K5

ANO FAB 2009 ANO MOD 2009

CAP/POI/CIL  
22/149CL

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRETA

COTA ÚNICA  
IPVA 2017 QUITADO

VENÇ. COTA ÚNICA  
1 \*\*\*\*\*

PARCELAMENTO/COTAS  
1 \*\*\*\*\*

2 \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

IGARASSU-PE

DATA  
09/08/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Espcialista DETRAN/PE

PE Nº 013432686586 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
DILSA MARIA ANTONIO DE FRANCA

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

IGARASSU-PE

EXERCÍCIO  
2017

DATA EMISSÃO  
02/02/17

VIA 1 290.878.804-72

PLACA  
KRD1345

RENAVAM  
160262275

MARCA/MODELO  
HONDA/CG150 TITAN MX K5

ANO FAB  
2009

ANO MOD  
09

CHASSI  
9C2KC1E109R025844

PREMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DEMATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEMPRE (R\$)

PAGAMENTO

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.242.805/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

Cartorio Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO  
R. Manoel de Barros, 100 - Centro, Recife - PE 51010-000  
Tel: 322.205.1111 - Fax: 322.139.1139 - E-mail: alfredo@cartorioalfredomariano.com.br

Certifico que a presente cópia, apresentada por VALDSON é uma  
reprodução fiel do original que me foi exibida, Dou fé. Abreu e  
Lima/PE, 06/02/2018 13:34:20. Emol: R\$ 3,41 TSNR: R\$ 0,68 Total:  
4,09. AU-3-33642

Luciana Oliveira de Lima Marques - Substituta  
Selo digital: 0150607.H0M01201803.03753

Cartorio Alfredo Mariano  
Notas  
e  
Protesto  
Abreu e Lima

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
02 MAI 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 11 - Joo 5  
Grças - Recife/PE CEP 52011-010

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066946/18

Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

CPF: 097.265.564-65

Data do Acidente: 19/11/2017

CPF de: Próprio Titular do CPF: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

Outros



**VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO : 097.265.564-65**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

#### ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/02/2018  
Nome: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO  
CPF/CNPJ: 097.265.564-65

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2018  
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA  
CPF: 158.640.827-59

VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

ANDREZA ALVES DA CUNHA



# SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☒ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA VALDIR CAVALCANTE DE FARIAS FILHO

DATA DO ACIDENTE 09/11/2017 POSSUI CPF SIM ☐ NÃO ☐ Nº CPF 027.265.561-65

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidiz do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), justa com relatório médico comprovando a existência de sequelas permanentes em data da alta definitiva – somente no impossibilitado de apresentar laudo do IML
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
  - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
  - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) VALDIR CAVALCANTE DE FARIAS FILHO  
 Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 044.065.564-65  
 E-mail 06-01-2008 Assinatura VALDIR CAVALCANTE FILHO Tel. 08-3654155  
 Data 06-01-2008 Assinatura VALDIR CAVALCANTE FILHO Tel. 08-3654155

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) ECI  
 Atendente Bruno Pereira do Pradimento Matrícula 7.586.342-7  
 Data 06/01/2017 Assinatura Bruno Pereira do Pradimento

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066946/18  
Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO  
CPF: 097.265.564-65  
Data do Acidente: 19/11/2017  
CPF de: Próprio Titular do CPF: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

|                                                                                         |                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sinistro</b><br>Outros                                                               | <b>Outros</b><br> |
| <b>VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO : 097.265.564-65</b><br>Autorização de pagamento |                                                                                                     |

#### ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/03/2018  
Nome: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO  
CPF: 097.265.564-65

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/04/2018  
Nome: Karine Gomes de Lima  
CPF: 074.990.807-65

VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Karine Gomes de Lima







LAJ 4169553 35-48 9102-344-82 RJ 14/04/2021 Nº 202001955

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Valdir Gonçalves Cavalcanti de Franca Filho  
DATA DO ACIDENTE 19-11-2017 CPF DA VÍTIMA 0972.65564-65  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Valdirson Cavalcanti de Franca Filho  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÊNTESCO COM  
A VÍTIMA É Valdirson Cavalcanti de Franca Filho  
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua de São Vicente de Paulo  
Nº 33-A COMPLEMENTO CASA BAIRRO SAZ DE HENRIQUES  
CIDADE Itaíba UF PE CEP 53.625-030  
E-MAIL 60558863144@viva6506.com.br TELEFONE (11) 98363-9155

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- \* MORTE = R\$ 13.500,00
- \* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- \* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- \* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- \* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- \* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSTITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/03/2018  
IDENTIDADE 8.347.964  
ASSINATURA Valdirson Cavalcanti de Franca Filho

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22/03/2018  
NOME RENATO P. NASCIMENTO  
ASSINATURA Renato Nascimento

## Declaração

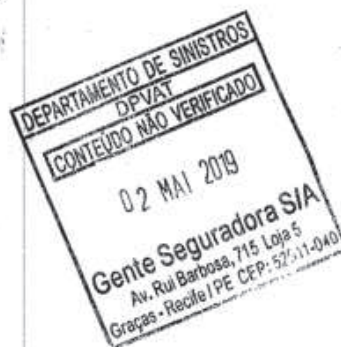
Venho por meio informar  
Que não existe mais documentação médica  
A se apresentar.

Por isso me disponho à realização de perícia médica caso seja solicitado pela  
seguradora.

Eu VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO  
Portador do RG 8347964 e CPF 097.265.564-65

VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO  
Assinatura da vítima

30-40-2019



## PROCURAÇÃO

Pelo presente particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

### OUTORGANTE:

Nome: VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO  
Brasileiro (a), Estado Civil SOLTEIRO, Profissão AUTÔNOMO, portador da  
cédula de identidade nº 8347964, CPF 097.265-564-65, com  
endereço na RIALFREDO VILMA DE MELO, N. 33A - IGARASSU  
GRUPO DE MIBOUÇAS

### OUTORGADO:

Nome: DILSA MARIA ANTONIO DA FRANÇA  
Brasileiro (a), Estado Civil CABADA, Profissão AUTÔNOMA, portador da  
cédula de identidade nº 2.369.982, CPF 290.878.804.72 com  
endereço na R. ALFREDO VILMA DE MELO N. 33A  
IGARASSU, GRUPO DE MIBOUÇAS

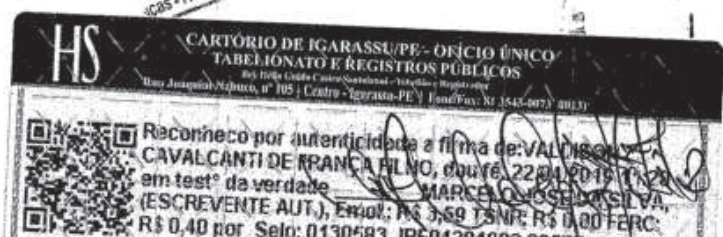
PODERES: DO SEGURO DPVAT  
DILSA PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO E  
VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO APENAS  
ESTAVA EM POSE DO VEÍCULO QUANDO DO ACIDENTE;

IGARASSU, 22 de ABRIL, de 20 19.



Valdison C. de França Filho  
Outorgante

Outorgado



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147450/19

**Vítima:** VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILH

**CPF:** 097.265.564-65

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 19/11/2017

**Titular do CPF:** VALDISON CAVALCANTI  
DE FRANCA FILHO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### DILSA MARIA ANTONIO DE FRANCA : 290.878.804-72

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

#### VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO : 097.265.564-65

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/05/2019  
Nome: DILSA MARIA ANTONIO DE FRANCA  
CPF: 290.878.804-72

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

DILSA MARIA ANTONIO DE FRANCA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180088165 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO **Data do acidente:** 19/11/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta da tíbia direita

**Descrição do exame médico pericial:** Cicatriz em membro inferior direito. Sem alteração da marcha e mobilidade do membro inferior direito

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com limpeza e curativo local. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica há 30 dias, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 17/04/2018

#### Conduta mantida:

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente de trânsito, a mobilidade do membro inferior direito está preservada como também a marcha, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

**Médico examinador:** Leonardo Neves

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

### DANOS

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

### PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

**CRM do médico:** 41076

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



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

---

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

**Número do Sinistro:** 3180088165

**Nome do(a) Examinado(a):** VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Alfredo Vieira de Melo, 33 - Igarassu/PE - CEP 53625-030

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 8347964 - sds-pe - 21/01/2016

**Data e Local do Acidente :** 19/11/2017 - Olinda, PE

**Data e Local do Exame :** 17/04/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

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

fratura exposta por abrasão de tibia direita

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

Tratado cirurgicamente com limpeza e curativo local, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias

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

vítima com cicatriz em membro inferior direito, sem alteração da marcha, com força e mobilidade preservados em membro inferior direito.

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

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

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

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em**



caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal

Região Corporal

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

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

Região Corporal

Região Corporal

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

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

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





---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE





Número: **0066206-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                    |                    | Procurador/Terceiro vinculado          |                    |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|--------------------|
| VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO (AUTOR)               |                    | GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU) |                    |                                        |                    |
| Documentos                                                |                    |                                        |                    |
| Id.                                                       | Data da Assinatura | Documento                              | Tipo               |
| 72262954                                                  | 09/12/2020 14:51   | <a href="#">ATOS CONSTITUTIVOS</a>     | Outros (Documento) |

NIRE (DA SEDE OU DA FILIAL QUANDO A SEDE FOR EM OUTRA UF)

33.3.002R479-6

**Team Leadership**

Sociedade anônima

### Doyle Entrepreneurial

Normal

**Nº do Protocolo**

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

**JUCERJA**

Última Arquivamento:  
00003131303 - 18/12/2017

NIRE: 33.3.0028479-4

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Salmon(s): 102595004

Hash: ECC52023-D73D-4232-8033-7CC90430A9D0

| Órgão | Calculado | Pago   |
|-------|-----------|--------|
| Junta | 570,00    | 570,00 |
| DREI  | 21,00     | 21,00  |

**REQUERIMIENTO**

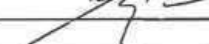
Ilmo Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

[illegible]

Representante legal da empresa

|       |                      |                                                                                     |                                                                                      |
|-------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Local | Nome:                |  |  |
|       | Assinatura:          |                                                                                     |                                                                                      |
| Data  | Telefone de contato: |                                                                                     |                                                                                      |
|       | E-mail:              |                                                                                     |                                                                                      |
|       | Tipo de documento:   | Híbrido                                                                             |                                                                                      |
|       | Data de criação:     | 24/01/2018                                                                          |                                                                                      |
|       | Data da 1ª entrada:  |                                                                                     |                                                                                      |



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 06-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149058 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADBE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA8081FB8

Para validar o documento acesse <http://www.juceria.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o n° de protocolo.

Para validar o documento acesse <http://www.jucelja.rj.gov.br/se/votos/chanceladigitaliz>, informe o n. do protocolo: 149. 2/10



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tjse.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505907300000053756637>  
 Número do documento: 19112714505907300000053756637

Num. 54635509 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:52  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515276900000070843401>  
 Número do documento: 20120914515276900000070843401

Num. 72262954 - Pág. 1

**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.**

NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2017**

**1. DATA, HORA E LOCAL:** Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, na Rua da Assembleia, nº 100 - 26º andar – Sala de Reunião do Conselho de Administração, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

**2. CONVOCAÇÃO:** Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 07 de dezembro de 2017.

**3. PRESENÇA:** Presentes os conselheiros titulares: Roberto Barroso, Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre, Rosana Techima Salsano, Ivan Luiz Gontijo Júnior, Alfredo Lalia Neto, Marcelo Goldman, Bernardo Dieckmann, João Gilberto Possiede, Nicolás Jesus Di Salvo, Paulo de Oliveira Medeiros, João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo e Paulo Augusto Freitas de Souza, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia. Presentes, ainda, os conselheiros suplentes Leonardo F. Semenovitch, Sidney Aparecido Pariz, Anderson Fernandes Peixoto e Maurício Bernardes, que, por força da presença dos respectivos Conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias da ordem do dia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia.

**4. MESA:** Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

**5. ORDEM DO DIA:** deliberar sobre:

- (i) reeleição de Diretores Estatutários; e
- (ii) eleição de membro para o Comitê de Auditoria.

**6. DELIBERAÇÕES:** Iniciados os trabalhos pelo item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reeleger para um mandato de 01 (um) ano os seguintes membros da Diretoria da Companhia: (a) **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor Presidente da Companhia; (b) **HELIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor sem designação específica da

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 1 de 3

*CR* *Isabella*

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICADO DE ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF6FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 3/13



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505907300000053756637>  
Número do documento: 19112714505907300000053756637

Num. 54635509 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:52  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515276900000070843401>  
Número do documento: 20120914515276900000070843401

Num. 72262954 - Pág. 2

Companhia; e (c) **CRISTIANE FERREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, securitária, titular do documento de identidade nº 16.482.014-0, expedido pela SSP-SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.179.048-09, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretora sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia, permanecendo nos respectivos cargos até a investidura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crimes previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (II) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (I) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, rerratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

| N | MEMBRO                      | RCA        | MANDATO    | FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP                                                                                                                       |
|---|-----------------------------|------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | José Ismar Alves Tôrres     | 14.12.2017 | 13.12.2018 | Diretor Presidente                                                                                                                                       |
| 2 | Helio Bitton Rodrigues      | 14.12.2017 | 13.12.2018 | sem função específica                                                                                                                                    |
| 3 | Cristiane Ferreira da Silva | 14.12.2017 | 13.12.2018 | Diretor responsável técnico (Circular SUSEP nº 234/03 e Resolução CNSP nº 321/15) (executiva ou operacional)                                             |
| 4 | Milton Bellizia             | 15.02.2017 | 14.02.2018 | Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional)                                                                                |
|   |                             |            |            | Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional)                                                                                 |
| 5 | Andrea Louise Ruano Ribeiro | 15.02.2017 | 14.02.2018 | Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)                 |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP nº 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle) |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle)                                                                                  |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)                                      |

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 2 de 3

*Handwritten signatures*

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018  
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149053 e demais constantes do termo de autenticação.  
Autenticação: FD6974386FA48220CFD84B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8  
Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pág. 4/13



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505907300000053756637>  
Número do documento: 19112714505907300000053756637

Num. 54635509 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:52  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515276900000070843401>  
Número do documento: 20120914515276900000070843401

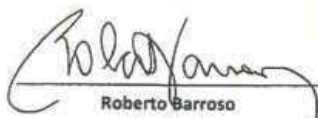
Num. 72262954 - Pág. 3

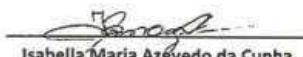
**7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA:** Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

**8. ASSINATURAS:** A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), Bernardo Dieckmann (ass.), João Gilberto Possiede (ass.), Nicolás Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

Certifico que a presente é cópia fiel da Ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de Administração da Companhia.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
Roberto Barroso  
Presidente

  
Isabella Maria Azevedo da Cunha  
Secretária

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas.  
Página 3 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICADO DE ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4856AFADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 5/13



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505907300000053756637>  
Número do documento: 19112714505907300000053756637

Num. 54635509 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:52  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515276900000070843401>  
Número do documento: 20120914515276900000070843401

Num. 72262954 - Pág. 4

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

**JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Rua Presidente Alfonso Lopes, nº 25, apto 402 – Lagoa, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22071-050, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
JOSE ISMAR ALVES TORRES

|                                                                                                                                                                                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro                                                                                                                                                      |  |
| Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A                                                                                                                                     |  |
| NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018                                                                                                                    |  |
| CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.                                                                                    |  |
| Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8                                                                                                                    |  |
| Para validar o documento acesse <a href="http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital">http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital</a> , informe o nº de protocolo. Pág. 8/13 |  |



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505907300000053756637>  
Número do documento: 19112714505907300000053756637

Num. 54635509 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:52  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515276900000070843401>  
Número do documento: 20120914515276900000070843401

Num. 72262954 - Pág. 5

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

HÉLIO BITTON RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Rua Visconde de Pirajá, 228, apto 203, Ipanema, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22410-000, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

HÉLIO BITTON RODRIGUES

|                                                                                                                                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro                                                                                                                                                         |  |
| Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A                                                                                                                                        |  |
| NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018                                                                                                                       |  |
| CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.                                                                                       |  |
| Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA30E1F88                                                                                                                       |  |
| Para validar o documento acesse <a href="http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital/">http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital/</a> , informe o nº de protocolo: Pág. 10/13 |  |



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505907300000053756637>  
Número do documento: 19112714505907300000053756637

Num. 54635509 - Pág. 6



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:52  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515276900000070843401>  
Número do documento: 20120914515276900000070843401

Num. 72262954 - Pág. 6





4996507

**ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLEIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016**

**"SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**

**ESTATUTO SOCIAL**

**CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO**

**Artigo 1º** – A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

**Artigo 2º** – A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

**Artigo 3º** – A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

**Artigo 4º** – A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

**CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES**

**Artigo 5º** – O capital social é de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

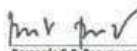
**Parágrafo Primeiro** – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

**Artigo 6º** – Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

**CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL**

**ARTIGO 7º** – A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 1 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300264796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICADO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002859803 - 11/10/2016



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505907300000053756637>  
Número do documento: 19112714505907300000053756637

Num. 54635509 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:52  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515276900000070843401>  
Número do documento: 20120914515276900000070843401

Num. 72262954 - Pág. 8



4996508

**ARTIGO 8º** – A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

**Parágrafo Primeiro** – A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

**Parágrafo Segundo** – A mesa da Assembleia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

**Parágrafo Terceiro** – Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembleias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

**Parágrafo Quarto** – Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, ¼ (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

**Parágrafo Quinto** – As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

**Parágrafo Sexto** – Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de 2/3 (dois terços) das ações ordinárias.

#### **CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA**

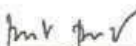
**ARTIGO 9º** – A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

**Parágrafo Primeiro** – Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

**Parágrafo Segundo** – O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

**Parágrafo Terceiro** – As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 2 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICADO DE DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505907300000053756637>  
Número do documento: 19112714505907300000053756637

Num. 54635509 - Pág. 9



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:52  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515276900000070843401>  
Número do documento: 20120914515276900000070843401

Num. 72262954 - Pág. 9



Número: **0066206-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                    |                    | Procurador/Terceiro vinculado          |                    |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|--------------------|
| VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO (AUTOR)               |                    | GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU) |                    |                                        |                    |
| Documentos                                                |                    |                                        |                    |
| Id.                                                       | Data da Assinatura | Documento                              | Tipo               |
| 72262952                                                  | 09/12/2020 14:51   | <a href="#">PROCURAÇÃO E SUBS</a>      | Outros (Documento) |



4996509

**Parágrafo Quarto** – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

**Parágrafo Quinto** – Caberá à Assembleia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

## CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

**ARTIGO 10** – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

**Parágrafo Primeiro** – Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

**Parágrafo Segundo** – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

**Parágrafo Terceiro** – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembleia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

**ARTIGO 11** – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

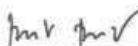
**ARTIGO 12** – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

**ARTIGO 13** – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

**Parágrafo Primeiro** – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

**Parágrafo Segundo** – Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 3 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505919300000053756638>  
Número do documento: 19112714505919300000053756638

Num. 54635510 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:53  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515304200000070843399>  
Número do documento: 20120914515304200000070843399

Num. 72262952 - Pág. 1

convocada.



4986510

**Parágrafo Terceiro** - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

**ARTIGO 14** - O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

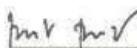
**Parágrafo Segundo** - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou e-mail a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

**Parágrafo Terceiro** - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

**ARTIGO 15** - Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 4 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICADO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505919300000053756638>  
Número do documento: 19112714505919300000053756638

Num. 54635510 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:53  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515304200000070843399>  
Número do documento: 20120914515304200000070843399

Num. 72262952 - Pág. 2



4996511

g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;

h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;

i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;

k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;

m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;

n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;

o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;

p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;

q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;

r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;

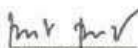
s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;

t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.

u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e

v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 5 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICADO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505919300000053756638>  
Número do documento: 19112714505919300000053756638

Num. 54635510 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:53  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515304200000070843399>  
Número do documento: 20120914515304200000070843399

Num. 72262952 - Pág. 3



4996512

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.

**ARTIGO 16** – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

- a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;
- b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;
- c) dar o voto de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e
- d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

**Parágrafo Único** – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

#### **CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA**

**ARTIGO 17** – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

**ARTIGO 18** - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

**Parágrafo único** - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.

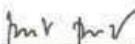
#### **CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA**

**ARTIGO 19** – A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia.

**Parágrafo Primeiro** – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

**Parágrafo Segundo** – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 6 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575165 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505919300000053756638>  
Número do documento: 19112714505919300000053756638

Num. 54635510 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:53  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515304200000070843399>  
Número do documento: 20120914515304200000070843399

Num. 72262952 - Pág. 4



4996513

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.

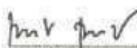
**ARTIGO 20** – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

- a) administrar os bens e serviços da Companhia;
- b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;
- d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;
- f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- g) elaborar e escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litúgio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

**ARTIGO 21** - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 7 de 10

  
Bernardo F. S. Bierwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2018  
CERTIFICADO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505919300000053756638>  
Número do documento: 19112714505919300000053756638

Num. 54635510 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:53  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515304200000070843399>  
Número do documento: 20120914515304200000070843399

Num. 72262952 - Pág. 5



4996514

c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;

d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;

e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;

f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;

g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e

i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

**ARTIGO 22** – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

**Parágrafo Primeiro** – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;

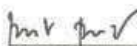
b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

**Parágrafo Segundo** – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

#### **CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL**

**ARTIGO 23** – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 8 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICADO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002956803 - 11/10/2016



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505919300000053756638>  
Número do documento: 19112714505919300000053756638

Num. 54635510 - Pág. 6



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:53  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515304200000070843399>  
Número do documento: 20120914515304200000070843399

Num. 72262952 - Pág. 6



4996515

**Parágrafo Primeiro** – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

**Parágrafo Segundo** – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

#### **CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS**

**ARTIGO 24** – O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

**ARTIGO 25** – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

- a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;
- b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;
- c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

**ARTIGO 26** – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

**Parágrafo Único** – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

**ARTIGO 27** – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

**Parágrafo Único** – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

#### **CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO**

**ARTIGO 28** – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 9 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICADO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 48F9A0C86863B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505919300000053756638>  
Número do documento: 19112714505919300000053756638

Num. 54635510 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:53  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515304200000070843399>  
Número do documento: 20120914515304200000070843399

Num. 72262952 - Pág. 7

de março de 1967.



4996516

## XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

**ARTIGO 29** - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

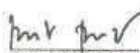
**ARTIGO 30** - A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

**ARTIGO 31** - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

**Parágrafo Único** - Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

**ARTIGO 32** - Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja."

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 10 de 10

  
Bernardo P. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICADO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D798CBA11812475AE8208298B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2015



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505919300000053756638>  
Número do documento: 19112714505919300000053756638

Num. 54635510 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:53  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515304200000070843399>  
Número do documento: 20120914515304200000070843399

Num. 72262952 - Pág. 8

## PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-Df, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435; **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731; **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive subestabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.

  
**JOSÉ ISMAR ALVES TORRES**  
DIRETOR PRESIDENTE

  
**HÉLIO BITTON RODRIGUES**  
DIRETOR

17º Ofício de Notas  
DA CAPITAL

Reconheço por AUTÊNTICAS as firmas de: **HELIO BITTON RODRIGUES** e **JOSÉ ISMAR ALVES TORRES** (X00000524453)  
Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.  
Em testemunho da verdade.

Conf. por: **Paula Cristina A. D. Gaspar**  
SERVENTIA TITULOS  
Total

CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ  
**Paula Cristina A. D. Gaspar**  
3,9% Escrowento  
NOTA 46062 série 09077 ME  
Aut. 2015 3ª Lei 8.986/94

Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.  
EOLP-15091 H02, EOLP-56832 BRS  
<https://www3.tir.jus.br/sitepublico>



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505919300000053756638>  
Número do documento: 19112714505919300000053756638

Num. 54635510 - Pág. 9



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:53  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515304200000070843399>  
Número do documento: 20120914515304200000070843399

Num. 72262952 - Pág. 9

SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador da **SEGURADORA LIDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º andar – Centro – RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado pelo **Dr. JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção de São Paulo, sob o número 111.807 e no CPF/MF sob o nº 110.916.708-38, doravante denominada Outorgante, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, aos quais, independentemente de ordem ou nomeação, conferem plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *Ad Judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações e recursos competentes e defender a Outorgante nos contrários, usando de todos os recursos legais, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, conciliar nos termos dos artigos 105 e seguintes do Código de Processo Civil, nomear prepostos para representá-la judicialmente, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos para o fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer, tudo

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505919300000053756638>  
Número do documento: 19112714505919300000053756638

Num. 54635510 - Pág. 10



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:53  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515304200000070843399>  
Número do documento: 20120914515304200000070843399

Num. 72262952 - Pág. 10



com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, ficando, desde já, **VEDADO** receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº09. 248.608/0001-04 nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 01 de abril de 2018.

**JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**  
OAB/SP 111.807



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/11/2019 14:50:59  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112714505919300000053756638>  
Número do documento: 19112714505919300000053756638

Num. 54635510 - Pág. 11



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:53  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515304200000070843399>  
Número do documento: 20120914515304200000070843399

Num. 72262952 - Pág. 11