



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOLONOPOLE/CE

Processo: 00510492420208060168

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 **JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO**, 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 SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **04/07/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **16/07/2020**.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

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

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

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO.

Verifica-se que o documento médico acostado possui rasura na data de atendimento. Vejamos:

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA SUÉLLY NOGUEIRA PINHEIRO
Trabalhando por uma melhor humanização
Av. Deputado Alfredo Barreiro Filho, 128
CEP:63620-000 - FONE: 068 35 18-1133
Solonópole - CE

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Nº CAD/SUS	7085013 23288479	DATA:	04.07.2020	Leito de Observação:
Médico Plantonista:	<i>J. Dr. Edmíl</i>	Enfermeira Plantonista:	<i>Douglas</i>	AUTENTICAVAR
Pressão Arterial:	100x60	Temperatura:	36,8	Autenticação
Hora:	18:10	Peso:	60	Autenticação

IDENTIFICAÇÃO

Nome:	<i>Joé Mikael Pinheiro de Araújo</i>		
Endereço:			
Sexo: () MASC () FEM	Data Nascimento: 01/02/1997	Idade: 23	Estado Civil: Solteiro
Profissão: Empresário	Naturalidade: Solonópole		

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Queixa Principal:	<i>Tremer em peito e pernas</i>
História da doença atual:	<i>se muto</i>
Perda de Consciência:	<i>se neurológico na Escala Glasgow.</i>

Portanto, para que não pare qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Atendimento apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital e Maternidade Maria Suelly Nogueira Pinheiro, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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

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

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

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

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

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

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT. Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Categoria: 9

Final da Placa	Vencimento			
	IPVA (COTA ÚNICA)	Com Desconto?	DPVAT	Licenciamento
5	31/01/2020	SIM	31/01/2020	10/07/2020
CE: TABELA DE VENCIMENTO DO IPVA E DO SEGURO DPVAT DE 2020				

Sua busca por placa: ORN5365 UF: CE CATEGORIA: 09*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
—	2020	R\$12,30	Quitado	
Data Pagamento		Valor Pago		
21/07/2020		R\$12,30		

OBSERVA-SE QUE O PAGAMENTO OCORREU EM 21/07/2020, LOGO, APÓS A OCORRÊNCIA DO SINISTRO (04/07/2020) E APÓS O VENCIMENTO DO SEGURO (31/01/2020)!

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vitimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Trazemos a colação o entendimento da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná no julgamento da apelação cível Nº 1.658.910-1, no qual a Câmara entendeu concordou com o i. Relator o qual ressaltou a importância dos princípios de celeridade e economia processual, no sentido de que não faz sentido a Lei prever o direito de regresso à Seguradora quando a ocorrência de proprietário inadimplente e condena-la a realizar o pagamento do seguro, vejamos trecho do julgado:

“Tal entendimento também já tinha sido exposto, mesmo que indiretamente, na Lei 8.441/92, que alterou a Lei 6.194/74, passando a prever o direito de regresso da seguradora em face do proprietário inadimplente em seu art. 7º, §1º, [...]”

Ora, se a seguradora possui direito de regresso dos valores despendidos com a vítima em face do proprietário inadimplente, por decorrência lógica, quando o proprietário inadimplente também figurar como vítima, não há o que se falar em indenização, caso contrário este seria credor e devedor da mesma obrigação, configurando o instituto da confusão, devendo a obrigação ser extinta, nos termos do art. 381, CC.

Também não há como defender a tese de que a indenização é devida pois caput do artigo obriga o pagamento, enquanto seu parágrafo primeiro facilita o direito de regresso, haja vista os princípios de celeridade e economia processual, que visam a obtenção do máximo rendimento da lei com o mínimo de atos processuais, não sendo razoável condenar alguém em face de outra pessoa, a qual detenha o direito de regresso.

[...]

Diante do exposto, dou provimento ao apelo, para reformar a sentença e julgar improcedente a lide, condenando o autor ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, fixados em 15% sobre o valor da causa.

ACORDAM os Desembargadores da 8^ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, por unanimidade de votos, em dar provimento ao apelo, nos termos do voto do relator.

Nesta esteira trazemos os seguintes arrestos:

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) –SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA – NECESSIDADE DE COMPROVAÇÃO DO PAGAMENTO DO PRÊMIO – VÍTIMA QUE É A PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO SINISTRO – INADIMPLÊNCIA VERIFICADA – INDENIZAÇÃO INDEVIDA – INTERPRETAÇÃO DA SÚMULA 257 DO STJ EM CONFORMIDADE COM AS DEMAIS DISPOSIÇÕES VIGENTES ACERCA DA MATÉRIA – EXTINÇÃO DA OBRIGAÇÃO – IMPROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS INICIAIS – INVERSÃO DO ÔNUS SUCUMBENCIAL. RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

(TJPR - 8^ª C.Cível - 0018643-27.2016.8.16.0130 - Paranavaí - Rel.: Juiz Alexandre Barbosa Fabiani - J. 06.09.2018)

Apelação cível. Ação de cobrança. Seguro obrigatório DPVAT. Dever de indenizar. Vítima proprietária do veículo. Inadimplência do prêmio do seguro obrigatório à época do sinistro. Indenização indevida. Inaplicabilidade da Súmula 257 do STJ. Instituto da confusão configurado. Inteligência do art. 381 do Código Civil. Extinção da obrigação. Ônus de sucumbência. Readequação. Recurso provido.

1. Art. 17. §2º Resolução SUSEP 332/2015: “Se o proprietário do veículo causador do sinistro não estiver com o prêmio do Seguro DPVAT pago no próprio exercício civil, e a ocorrência do sinistro for posterior ao vencimento do Seguro DPVAT, não terá direito à indenização.”

2. Art. 381 do Código Civil: “Extingue-se a obrigação, desde que na mesma pessoa se confundam as qualidades de credor e devedor.

3. Com o provimento do recurso de apelação em relação ao mérito, deve ser readequado o ônus de sucumbência.

(TJPR - 8^ª C.Cível - 0004500-96.2017.8.16.0130 - Paranavaí - Rel.: Desembargador Hélio Henrique Lopes Fernandes Lima - J. 08.11.2018)

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 04/07/2020. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

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 ação⁸

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO. Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸art.

1º

(...)

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

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

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

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelênciia assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar 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.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sítio na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOLONOPOLE, 11 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRAADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** 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 **JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **SOLONOPOLE**, nos autos do Processo nº 00510492420208060168.

Rio de Janeiro, 11 de janeiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

**Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau****Atenção**

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WSOL.21.00165252-5** em **20/01/2021 10:29:56**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Solonópole
Processo : 0051049-24.2020.8.06.0168
Protocolo : WSOL.21.00165252-5
Tipo da petição : Petições Intermediárias Diversas
Assunto principal : Acidente de Trânsito
Data/Hora : 20/01/2021 10:29:56

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados [Exibindo todos documentos](#) [>>Exibir 3 primeiros](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2777647_CONTESTACAO_01 - 1-13.pdf
Documentação : 2777647_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-28.pdf
Procuração/Substabelecimento: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

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

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200273187**

Vítima: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Data do Acidente: 04/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001150-9

Conta: 0000021026-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200273187

Vítima: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Data do Acidente: 04/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 07/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 16197861

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:	Nome completo da vítima: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO		CPF: 063 696 543 - 02		
Profissão: EMPRESARIO	Endereço: DISTRITO ASSUNÇÃO	Número: 23	Complemento: —	
Bairro: DISTRITO ASSUNÇÃO	Cidade: SOLO NO POLE	Estado: CEARA	CEP: 63620 - 000	Tel.(DDD): (88) 997194143
E-mail: —				

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

RENDIMENTO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **1150** CONTA: **21.026**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **1150** CONTA: **21.026**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 requerimento de indenização 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 do pedido.

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 Lider para verificação da existência e quantificação 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) Divorciado 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 Lider 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: **SOLO NO POLE-CE, 20 de JULHO de 2020**
 Nome: _____
 CPF: _____

José Mikael Pinheiro de Araujo
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

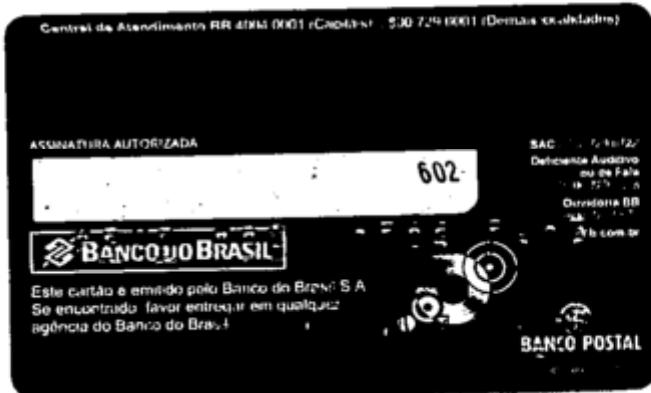
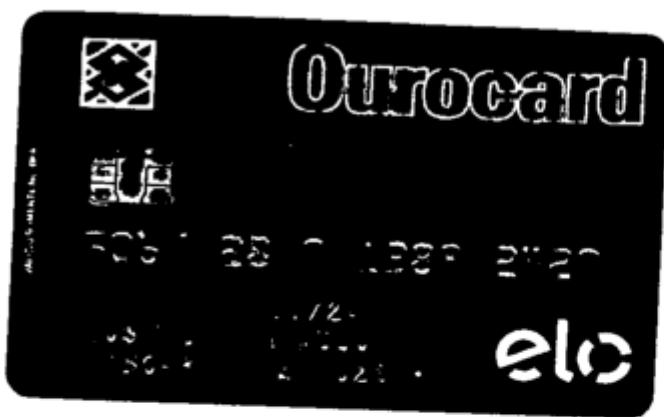
Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE
Impresso nº 2020423213



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 554 - 320 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/07/2020 16:03:56**
Data / Hora da Ocorrência: **04/07/2020 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD ESTRADA DE ASSUNÇÃO NOVA CEP: 63.620-000, ZONA RURAL - ASSUNCAO SOLONOPOLE/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO**
Nascimento: **21/02/1997** CPF: **063.696.543-02**
RG: **20079838353** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA JUCELITA PINHEIRO DE ARAUJO**
MARTINHO JOSE DE ARAUJO
Endereço: **RUA ASSUNÇÃO, 23**
Bairro: **DISTRITO DE ASSUNÇÃO** CEP: **63.620-000**
Município: **SOLONOPOLE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99729-6370**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORN5365** Uf: **CE** Município: **SOLONOPOLE** Chassi: **9C2JC4120ER000721** Renavam: **580547477** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **Preta** Proprietário: **JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

A Pessoa acima qualificada compareceu em Cartório nesta Delegacia Municipal, onde após ser cientificado do-teor dos Artigos 340 e 342 do CPB, comunicou QUE: na data, horário e local acima referidos, vinha pilotando a referida moto acima em uma estrada carroçal; QUE o declarante ao se aproximar para entrar no asfalto vinha um carro; QUE o declarante apertou o freio da frente e acabou caindo; QUE o declarante fraturou o punho esquerdo; QUE o declarante é habilitado na categoria AB; QUE veio registrar a ocorrência para fins de DPVAT; E nada da mais disse dando-se por encerrada este BO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : REGIS CARLOS VIEIRA DO NASCIMENTO - MAT.: 30118553

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: José Mikaell Pinheiro de Araújo

VISTO DO DELEGADO(A) : HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x



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:	Nome completo da vítima: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO		CPF: 063 696 543 - 02		
Profissão: EMPRESARIO	Endereço: DISTRITO ASSUNÇÃO	Número: 23	Complemento: —	
Bairro: DISTRITO ASSUNÇÃO	Cidade: SOLO NO POLE	Estado: CEARA	CEP: 63620 - 000	Tel.(DDD): (88) 997194143
E-mail: —				

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

RENDIMENTO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **1150** CONTA: **21.026**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **1150** CONTA: **21.026**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 requerimento de indenização 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 do pedido.

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 Lider para verificação da existência e quantificação 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) Divorciado 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:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: **SOLO NO POLE-CE, 20 de JULHO de 2020**

Nome: _____

CPF: _____

José Mikael Pinheiro de Araujo
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01150-9

CONTA: 000000021026-9

Nr. da Autenticação 84127E98EDA59DAC



Vila Fazenda, Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Unica-1 | NF: 069319118
Companhia de Energia - Gerdau
Rua Pedro Valente, 155, Fortaleza CE | CEP 64038-040 | A Tanta Sinal de Energia Elétrica foi emitida
08/07/2020 às 10:43h de 25 de setembro de 2020

Esta é a sua conta de

06/2020

Nº DO CLIENTE

7141838

Nome: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Endereço: DT ASSUNCAO 00023 00023

63620-000 SOLOMONPOLE DT ASSUNCAO

Classificação: Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação: MONOFÁSICO

Medidor: 5861005-ELE-626 - SM15R01

ESPF/CPNP:

993.896.543-02

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO

23/06/2020

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DATA DE LEITURA

Anterior

20/06/2020

Atual

20/06/2020

Pre. Ptar. Legis.

DATA DE LEITURA

20/06/2020

DATA DE LEITURA

20/06/2

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Nº CAD/SUS	708501327288479	DATA:	04/07/2020	Leito de Observação:
Médico Plantonista:	Dr. Odair	Enfermeira Plantonista:	Douglas	
Pressão Arterial:	110x60	Temperatura:		
Hora:	18:10	Peso:		

AUTENTICAÇÃO
 Autentico a presente cópia por ser reprodução
 feita do original que me foi apresentado Dr. **Odair**
 Solonópole 16/07/2020
 Em testemunho **✓** da verdade.
 Dra. Maria Gorete Costa Nogueira Leal - Tabefá
 Ana Leima Plantão - Substituto
 Vizinho: **✓** Selo da Autenticidade

IDENTIFICAÇÃO

Nome: **João Mikael Puhura de Araújo**
 Endereço:
 Sexo: () MASC () FEM Data Nascimento: **01/02/1992** Idade: **28** Estado Civil: **Solteiro**
 Profissão: **Empresário** Naturalidade: **Solonópole**

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Queixa Principal: **Tremer na perna e dor de cabeça**
 História da doença atual: **se muda**

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Olhos Abertos		Melhor resposta motora		Resposta Verbal		Total (3-15)
Espontaneamente	04	Obedece	06	Orientado	05	
P/ Falar	03	Localiza dor	05	Conversão confusa	04	
P/ Dor	02	Retraído	04	Palavras inapropriadas	03	
Não Responde	01	Flexão anormal	03	Sons incompreensíveis	02	
		Extensão	02	Não Responde	01	
		Não Responde	01			

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Exame Físico:

Observação: 4 18:25
 - reflexos normais 18/15
 - P.R. e glauco - P.C. e P.P.
 - Tonomet 18 18

Impressão Diagnóstica:

Prescrição Médica	Anotações de Enfermagem

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 31.714-4	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9-Atendimento do RN			
10 - Nome José Mikael Pinheiro de Araújo	11 - Cartão Nacional de Saúde				
Dados do Contratado/Solicitante					
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado				
14 - Nome do Profissional Solicitante José Queiroz Lima Neto	15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número no Conselho 11451	17 - UF	18 - Código CBO	
Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados da Internação					
19- Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado	21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento <input checked="" type="checkbox"/> U	23-Tipo de Internação <input checked="" type="checkbox"/> H	24 - Regime de Internação <input checked="" type="checkbox"/> C	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso do OPME <input type="checkbox"/>	27 - Previsão de uso de quimioterápico <input type="checkbox"/>
28 - Indicação Clínica Paciente sofreu trauma em punho apresentando dor, edema e deformidade local associada a parestesia em dedos da mão. Ao exame radiográfico, apresenta fratura da região distal do rádio com desvio dorsal e cominuição dorsal associada a perda da altura e do desvio ulnar do rádio normal o que indica instabilidade ligamentar e necessidade de fixação cirúrgica da fratura com reparo ligamentar e descompressão do nervo mediano.					
29-CID 10 Principal	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
Procedimentos Solicitados					
34-Tabela	35 - Código do Procedimento 3072009-5 3073705-2 3140336-0 3073202-6	36 - Descrição Fratura e/ou luxações do punho Reconstrução, retencionamento de cartilagem triangular Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas Enxerto ósseo	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut	
01- 02- 03- 04- 05- 06- 07- 08- 09- 10- 11- 12-					
OPME: Placa volar bloqueada de rádio distal +10 parafusos corticais/bloqueados (Richards) Fio de K 1.5mm x2					
Dados da Autorização					
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação Autorizada			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa Hospital São Carlos					
					
46-Data da Solicitação	47-A.Gerente de Módulos Solicitante CRM 11451	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49-Assinatura do Responsável pela Autorização		



**ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E
MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

2- N° Guia no

1 - Registro ANS (3 1 7 1 4)	3 - Número da Guia Referenciada (9 6 3 0 0 2 0 0 5 7 6 2 2 7 1 0)	4 - Senha (2 9 0 9 8 3 6 4)	5 - Data da Autorização (1 1 1 1 1 1 1)	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora (1 1 1 1 1 1 1)
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira (9 6 3 0 0 2 0 0 5 7 6 2 2 7 1 0)	8 - Nome JOSE MIKAEL P DE ARAUJO			
Dados do Profissional Solicitante				
9 - Nome do Profissional Solicitante HOSPITAL SAO CARLOS LTDA	10 - Telefone (0 8 5 9 1 4 0 0 9 3 3 3 3 3)	11 - E-mail		
Dados do Profissional Solicitante				
12 - Justificativa Técnica RECONST, RETENC DE LIGAM OU REPARO DE CARTILAGEM VIDEOARTR				
OPME Solicitadas				
13 - Código do Material 21 - Registro ANVISA do material	14 - Código do Material 22 - Referência do material no fabricante	15 - Descrição 23 - Nº Autorização do Fornecedor	16 - Código 17 - Data de Solicitação 18 - Válido Unidade Solicitada	19 - Código 20 - Data Autorizada 20 - Válido Unidade Autorizada
01 - 11 8 1 7 6 3 4 1 4 3 8 1 0	PLACA BLOQUEADA EM T PI RADIO DISTAL EM TITANIO 613501	23-AF Autorização do Fornecedor		
02 - 11 9 1 7 6 3 4 1 4 8 8 1 1	PARAFUSO BLOQUEADO PI PLACA VOLAR (RADIO DISTAL)		11 0	
03 -				
04 -				
05 -				
06 -				
07 -				
24 - Especificação do Material				
25 - Observação / Justificativa Conforme guia				
26 - Data da Solicitação (9 6 1 0 7 0 2 0 2 0)	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização	



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° Quis no

1 - Registro ANS 3 1 7 1 4	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora []				
4 - Data de Autorização []	5 - Senha 2 9 0 9 8 3 6 4	6 - Data de Validade da Senha 0 4 1 1 0 1 2 0 1 0			
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira 1 0 1 6 1 3 0 1 0 2 0 0 5 7 6 2 2 7 1 0	8 - Validade da Carteira 1 3 1 7 1 1 0 1 2 0 1 2 1 1	9 - Atendimento a RM []			
10 - Nome JOSE MIKAEL P DE ARAUJO	11 - Cartão Nacional de Saúde 1 1 6 1 0 1 3 1 3 9 1 5 6 8 1 1 9 0 1 0 1				
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 1 1 1 4 1 5 1	13 - Nome do Contratado JOSE QUEIROZ LIMA NETO	14 - UF []			
15 - Código CBO 2 2 1 5 1 2 1	16 - Conselho Profissional []	17 - Número do Conselho 1 1 1 4 5 1			
Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados da Internação					
18 - Código na Operadora / CNPJ 1 1 1 0 1 0 1 5 1 0 4 2	19 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL SAO CARLOS LTDA	20 - Data Sugerida para Internação []			
22 - Caráter de Atendimento []	23 - Tipo de Internação []	24 - Regime de Internação []	25 - Qtde. Diárias Solicitadas []	26 - Previsão de uso de CPME []	27 - Previsão de uso de quimioterápico []
28 - Indicação Clínica Paciente sofreu trauma em punho apresentando dor, edema e deformidade local.					
29 - CID 10 Principal (Opcional) []	30 - CID 10 (2) (Opcional) []	31 - CID 10 (3) (Opcional) []	32 - CID 10 (4) (Opcional) []	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) []	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabelas []	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial []	36 - Descrição DIARIA DE ENFERMARIA	37 - Qtde. Solic. []	38 - Qtde. Aut. []	
01 1 8	0 0 1 6 0 1 0 0 1 0 6 3 5	FRAT. E/OU LUX. (INCLUINDO DESC. EPIF. COTOV-PUNHO) -TRAT CIR	0 0 1 1	0 0 1 0	
02 2 2	0 0 1 3 0 1 7 2 0 0 9 5	ENKERTO OSSEO	0 0 1 1	0 0 1 0	
03 2 2	0 0 1 3 0 1 7 3 2 0 2 6	RECONST. RETENC DE LIGAM OU REPARO DE CARTILAGEM VIDEOQARTR	0 0 1 1	0 0 1 0	
04 2 2	0 0 1 3 0 1 7 3 7 0 1 5 2	TRATAMENTO CIRURGICO DAS NEUROPATHIAS COMPRESSIVAS	0 0 1 1	0 0 1 0	
05 2 2	0 0 1 3 1 4 0 3 3 6 0		0 0 1 1	0 0 1 0	
06 2 2			0 0 1 1	0 0 1 0	
07 2 2			0 0 1 1	0 0 1 0	
08 2 2			0 0 1 1	0 0 1 0	
09 2 2			0 0 1 1	0 0 1 0	
10 2 2			0 0 1 1	0 0 1 0	
11 2 2			0 0 1 1	0 0 1 0	
12 2 2			0 0 1 1	0 0 1 0	
Dados da Autorização					
39 - Data Prevista da Admissão Hospitalar 1 0 1 7 1 0 1 7 1 2 0 1 0	40 - Qtde. Diárias Autorizadas []	41 - Tipo da Acomodação []	42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 1 1 1 0 1 0 1 5 1 0 4 2	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL SAO CARLOS LTDA	44 - Código CHES 9 4 3 0 1 7 0 9
45 - Observação / Justificativa Autorizado 2 fios de kirschner de 1,5mm.					
46 - Data da Solicitação 1 0 1 6 7 1 0 1 7 1 2 1 0 2 1 0	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		

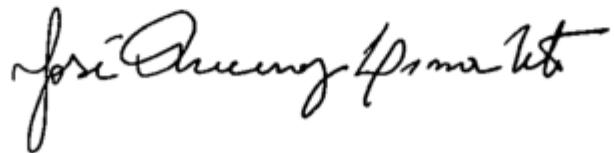
Para: José Mikael Pinheiro de Araújo

Ao auditor,

Com relação ao pedido da eletroneuromiografia para comprovação da compressão do nervo mediano:

O paciente sofreu o trauma há cerca de 24h e iniciou o quadro de dor e parestesia logo após o trauma. O exame de eletroneuromiografia é limitado, pois apresenta sensibilidade muito baixa nas primeiras semanas de trauma.

Na maioria dos casos, o exame só demonstraria alterações cerca de 3 semanas após a lesão inicial. Caso fosse necessário aguardar este período para a realizar a correção cirúrgica da fratura e da compressão do nervo, isso poderia levar a sequela funcional ao paciente.



06/07/2020

José Queiroz Lima Neto
CRM 11.451



ATESTADO MÉDICO

Alesto, para os devidos fins, que JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO encontra-se em acompanhamento ambulatorial pós-cirúrgico de síntese interna de fratura do rádio distal com placa volar a esquerda e apresenta no momento arco de movimento completo em punho e antebraco, cicatriz em face volar do punho com cerca de 2 cm e presença de placa volar em radiografia.

[S52.6] / [CID10] Fratura da extremidade distal do rádio

09/09/2020

*José Queiroz Lima Neto
Ortopedia e Traumatologia, ROE 6911
Cirurgia da Mão e Artroscopia
CRM-CE 11.451*

José Queiroz Lima Neto
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão e Artroscopia
josequeirozdh@gmail.com
CRM-CE 11.451





DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA DIG 1	CÓD. RENAVAM 580547477	R.NTRC 0000000000	EXERCÍCIO 2019
NOME JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO			
SOLONOPOLIS / CE			
CPF / CNPJ 06369654302	PLACA ORN5365/CE	PLACA ANT. / UF *****/CE	CHASSI 9C2JC4120ER000721
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	COMBUSTÍVEL GASOLINA		
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES	ANO FAB. 2013	ANO MOD. 2014	
CAP / POT / CIL 2P/0CV/124CC	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE PRETA	
COTA UNICA I P V A	VENC. COTA UNICA ***** FAIXA I PVA - *****	VENC. / COTAS 1 ^o ***** 2 ^o ***** 3 ^o *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11	IOF (R\$) 0.32	PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58	DATA DE PAGAMENTO 23/07/2019
OBSERVAÇÕES *****			
LOCAL SOLONOPOLIS		DATA 09/08/2019	
Igor Ponte			

CE Nº 015382497919 BILHETE DE SEGURO DPVAT

06369654302

ORN5365 /CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURAwww.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

15382497919

14742678251

EXERCÍCIO 2019	DATA EMISSÃO 09/08/2019	
VIA 1 /	CPF / CNPJ 06369654302	PLACA ORN5365
RENAVAM 580547477	MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES	
ANO FAB. 2013	CHASSI 9C2JC4120ER000721	
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$) 36.05	DENATRAN (R\$) 4.01	CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15	IOF (R\$) 0.32	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84.58
PAGAMENTO		DATA DE CUITAÇÃO 23/07/2019
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC41E2E000721

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200273187 **Cidade:** Assunção **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO **Data do acidente:** 04/07/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 01 E 03.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Seguro **DPVAT**

O Seguro do Acidente de Trânsito



24b2/20



**SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

DESTINATÁRIO / Recipient		SEGURO LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO RIO DE JANEIRO/RJ 20011-904	TELEFONE / Phone Number	
ENDERÉCOS / Address	EP (p)	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country

ATENDIMENTO





**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

ATENDIMENTO



[dpvat_oficial](https://www.instagram.com/dpvat_oficial) [DPVAToficial](https://www.twitter.com/DPVAToficial) [DPVAToficial](https://www.facebook.com/DPVAToficial) [seguradoralider-dpvat](https://www.linkedin.com/company/seguradora-lider-dpvat)

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO		(88) 97296370	
ENDEREÇO / Address			
DISTRITO ASSUNÇÃO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
13620-000	SOLONOPOLIS	CE	BRASIL
<small>"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"</small>    <small>PROBAG Tel: (82) 3226-2000</small>			

DEVOLUÇÃO (Return) (Cn15)	
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (deceased)
<input type="checkbox"/> RECUSADO (refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Inadequate Address)
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (undesired)	<input type="checkbox"/> OUTROS (other)
<input type="checkbox"/> AUSENTE (absent)	
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)	
1º / / / / / / 2º / / / / / / 3º / / / / / /	
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porto-riero ou síndico <small>Information provided by doorman or condo manager</small>	
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / / <small>Reinstated to service post</small>	
Data / / / Responsável - - - - -	

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

INVALIDEZ PERMANENTE DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **JOSE MIKHAEL PINHEIRO DE ARAUJO**
Data do Acidente: **07/04/2020** Possui CPF: Sim Não N° CPF: **63.646.543-02**

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
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitalas e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Registro de Ocorrência Policial – Sim Não – original ou cópia autenticada
 - Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 - Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
 - Laudo de Invalidez do IML – Sim Não – original ou cópia autenticada
 - 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)
 - Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- JOSE MIKHAEL PINHEIRO DE ARAUJO*

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- Registro de Ocorrência Policial – Sim Não – original ou cópia autenticada
- 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 receituários médicos (originals)
- 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)
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

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)
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- 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)
 - Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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 união estável (cópia simples)
 - Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - Certidão de Óbito da(s) pessoa(s) da vítima (cópia simples)
 - Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
 - Outros Documentos apresentados:

PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): **JOSE MIKHAEL PINHEIRO DE ARAUJO**
 Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal
 CPF do portador: **63.646.543-02**
 E-mail:
 Data: **30/04/2020** Assinatura: *JOSE MIKHAEL PINHEIRO DE ARAUJO*
 Tel.: ()

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

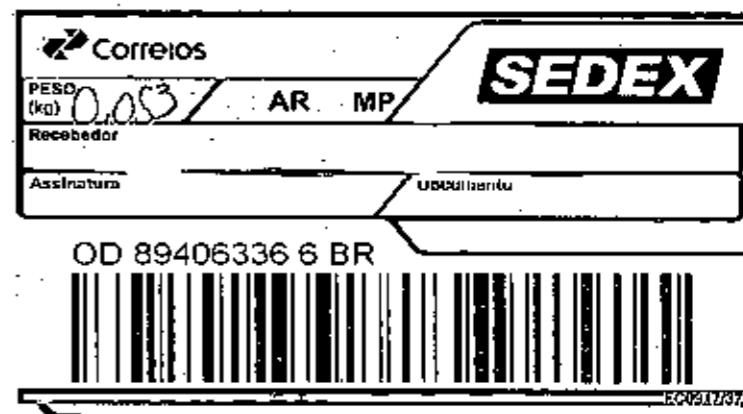
Ponto de Atendimento (Nome do ponto): **CC 1211 E 105**
 Atendente: **JOSE VANDO H. REZENDE LIMA** Matrícula: **7.351.733-2**
 Data: **30/04/2020** Assinatura: *JOSE VANDO H. REZENDE LIMA*



O Seguro do Acidente de Trânsito



23/09



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO

TELEFONE / Phone Number

ENDEREÇO / Address

RIO DE JANEIRO/RJ
20011-904

CEP / Zip - -

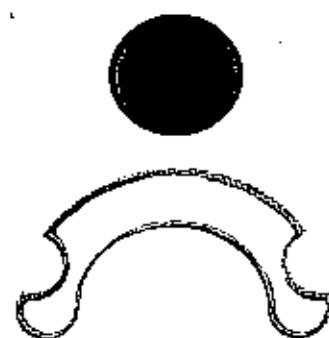
CIDADE / City

UF / State

PAÍS / Country

ATENDIMENTO





Seguro
DPVAT
 O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
 AO BENEFICIÁRIO
 POSTAGEM CUSTEADA PELA
 SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT
 site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

ATENDIMENTO



BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO			
ENDERÉCOS / Address			
DISTRITO ASSUNÇÃO			
CEP / zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
63620-000	SOLONOPOLIS	CE	BRASIL
"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"		Material reciclável	PROBAG
			Tel: (82) 3204-3900

DEVOLUÇÃO (Return) (Cn15)											
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased)										
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)										
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)										
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)										
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)											
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)											
1º	/	/	às	2º	/	/	às	3º	/	/	às
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico <small>Information provided for doorman or condo manager</small>											
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em _____											
<small>Reinstated to service post</small>											
Data _____ Responsável _____											

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

- INVALIDEZ PERMANENTE DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **JOSÉ MICKAEL PINHEIRO DE ARAUJO**
 Data do Acidente: **01/07/2020** Possui CPF: Sim Não N° CPF: **013696543-02**

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
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Registro de Ocorrência Policial – Sim Não – original ou cópia autenticada
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
 Laudo de Invalidez do IMI – Sim Não – original ou cópia autenticada
 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)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- Registro de Ocorrência Policial – Sim Não – original ou cópia autenticada
 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 receituários 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)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

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)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 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)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 Outros Documentos apresentados:

POR TADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): **JOSÉ MICKAEL PINHEIRO DE ARAUJO**

Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal

CPF do portador:

E-mail:

Tel.: ()

Data: **25/07/2020**

Assinatura: **José Michael Pinheiro de Araujo**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): **CONCEIÇÕES**

Atendente:

DOCUANDO H. DE ALMEIDA 8181213-2

Data: **15/08/2020**

Assinatura:

8181213-2



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200273187

Data da solicitação: 15/09/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

CPF do beneficiário: 063696543-02

Nome do solicitante: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

CPF do solicitante: 063696543-02

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (88) 997194143

Tel. Comercial: (000) _____

Tel. Residencial: (000) _____

E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANALISE?

NÃO

SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: _____

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DO VALOR PAGO A TÍTULO DE INDENIZAÇÃO DO MEU PROCESSO ADMINISTRATIVO DE DPVAT, TENDO EM VISTA QUE TIVE UMA FRATURA GRAVE NO PUNHO ESQUERDO, E TIVE QUE TER AUXÍLIO DE OUTRAS PESSOAS E ATÉ HOJE FAÇO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PÓS-CIRÚRGICO.

SOLONOPOLÉ-CE, 15 DE SETEMBRO DE 2020

Jose Mikael Pinheiro de Araujo

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

Buscar no site

A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT
Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para o parecer final e de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200273187 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

CPF/CNPJ: 06369554302

Posição em 15-09-2020 10:13:56

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento **Valor da Indenização** **Juros e Correção** **Valor Total**

10/08/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
18/08/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 (https://sispvdatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/tjSeXeQXH4XX0xyQtTaL2api_key=X0pTBXPGKmYBwSVBNbD4Ou3li9ih59gwPn0MwD1mcCk=)
05/08/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sispvdatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/2XHUSsAzvSqjh9q00xa4=api_key=X0pTBXPGKmYBwSVBNbD4Ou3li9ih59gwPn0MwD1mcCk=)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214517/20

Vítima: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

CPF: 063.696.543-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/07/2020

Titular do CPF: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO : 063.696.543-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/07/2020
Nome: JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO
CPF: 063.696.543-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2020
Nome: Rodrigo Lopes Pacheco
CPF: 127.603.687-69

JOSE MIKAEL PINHEIRO DE ARAUJO

Rodrigo Lopes Pacheco