



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO  
ACRE  
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO  
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

**Dados Básicos**

Foro: Rio Branco  
Processo: 07091722020208010001  
Classe do Processo: Contestação  
Data/Hora: 22/01/2021 14:00:10

**Partes**

Solicitante: Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A

**Documentos**

Petição: 2781052\_CONTESTACAO\_0  
1 - 1-14.pdf  
Anexo - Petição: 2781052\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_02 - 1-10.pdf  
Anexo - Petição: 2781052\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_02 - 11-22.pdf  
Anexo - Petição: 2781052\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_02 - 23-32.pdf  
Anexo - Petição: KIT SEGURADORA LÍDER -  
1-12.pdf  
Anexo - Petição: KIT SEGURADORA LÍDER -  
13-20.pdf

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



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC**

**Processo: 07091722020208010001**

**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 **ALTEMIR ALVES DA COSTA**, 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 **14/07/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **12/11/2018**.

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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

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

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

### **DA INÉPCIA DA INICIAL**

#### **DA AUSÊNCIA DO BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO**

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que não foi instruída com os documentos essenciais à propositura da ação.

O autor não acostou o boletim de primeiro atendimento médico, documento essencial para comprovar o nexo causal do acidente.

Não se pode olvidar acerca da existência de requisitos formais para o ajuizamento de qualquer demanda, os quais são tradicionalmente denominados na praxe forense de requisitos da petição inicial, estes elencados no art. 319 do Novo Código de Processo Civil, que pedimos escusas para transcrever, senão vejamos:

“Art. 319. A petição inicial indicará:

---

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

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

- I - O juiz ou tribunal, a que é dirigida;
- II - Os nomes, prenomes, estado civil, profissão, domicílio e residência do autor e do réu;
- III - o fato e os fundamentos jurídicos do pedido;
- IV - o pedido, com as suas especificações;
- V - o valor da causa;
- VI - as provas com que o autor pretende demonstrar a verdade dos fatos alegados;
- VII - o requerimento para a citação do réu.”

Em prosseguimento, cumpre salientar o disposto no art. 330, I e parágrafo primeiro, Novo Código de Processo Civil, ipsis literis:

“Art. 330. A petição inicial será indeferida:

I - quando for inepta;

Parágrafo primeiro. Considera-se inepta a petição inicial quando

I – lhe faltar pedido ou causa de pedir;

II – o pedido for indeterminado, ressalvadas as hipóteses legais em que se permite o pedido genérico;

III – da narração dos fatos não decorrer logicamente a conclusão;

VI – contiver pedidos incompatíveis (...).”

Merece destaque, portanto, o disposto no art. 485, I, do Código de Processo Civil. Vejamos:

“Art. 485. Extingue-se o processo, sem resolução de mérito:

I - quando o juiz indeferir a petição inicial; (...);”

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto a comprovada omissão do autor com relação aos fatos narrado e o fato desta não ter colacionado aos autos documentos exigíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

## 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 12/11/2018 após 4 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 14/07/2018, 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, descharacteriza 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>3</sup>.

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

---

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

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

### DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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.

### PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



#### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180589635 Cidade: Rio Branco Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA Data do acidente: 14/07/2018 Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

#### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA ÚMERO DISTAL E OLECRANO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** EVOLUIU CICATRIZ ORTOPÉDICA DE 30 CENTÍMETROS , FACE POSTERIOR DE COTOVELO DIREITO . LIMITAÇÃO FÍSICO: EM FLEXÃO DE 90C EXTENSÃO 45C DO COTOVELO DIREITO PRONADAÇÃO SUPINAÇÃO DE 40C REDUÇÃO DE ARCA MUSCULAR. COTOVELO VISIVELMENTE DEFORMADO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL VISÍVEL.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDA A CIRURGIA ORTOPÉDICA , COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO EM ÚMERO DISTAL EM OLECRANO ALTA EM 27/07/2018.

**Sequelas permanentes:** DEFÍCIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM COTOVELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 17/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERÍCIA REALIZADA OPTADO POR MANTER PARCIALMENTE A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE O EXAME MÉDICO PERICIAL DESCREVE SEQUELA FUNCIONAL GRAVE EM COTOVELO DIREITO

#### 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 cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

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-la 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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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 **14/07/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**.

# 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: 25/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: ALTEMIR ALVES DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000016239-1

---

Nr. da Autenticação 26B27B1A419CACF6

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup>RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO 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.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

<sup>6</sup>"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).

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 citação<sup>7</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>8</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, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

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

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio 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.

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

<sup>8</sup>art.

1º

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

(...)

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, sito 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 DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 4550/AC, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 22 de janeiro de 2021.

**DIEGO PAULI  
4550 - OAB/AC**

### **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 autonómica	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-pertitoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonómica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	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; **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 **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **Halisson Francisco de Lima Merces** inscrito sob nº **1387/RR**, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ALTEMIR ALVES DA COSTA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07091722020208010001.

Rio de Janeiro, 22 de janeiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

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

## CARTA DE PREPOSTO

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Helen Caroline Homero Lobato**, inscrita no CPF: 026.583.422-84 **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob nº 980.785.722-49, **Dauana de Freitas**, inscrita no CPF sob nº 555.216.222-65, **Thiago Maia Viana**, inscrito no CPF sob nº 015.840.422-41, **Gioval Luiz de Farias Júnior**, inscrito no CPF sob nº 947.976.092-49, **Tainan da Silva Mendes**, inscrita no CPF sob nº 017.895.762-37 e **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68, podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07091722020208010001**, que tramita **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 22 de janeiro de 2021.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180589635      **Cidade:** Rio Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALTEMIR ALVES DA COSTA      **Data do acidente:** 14/07/2018      **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA ÚMERO DISTAL E OLECRANO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** EVOLUIU CICATRIZ ORTOPÉDICA DE 30 CENTÍMETROS , FACE POSTERIOR DE COTOVELO DIREITO . LIMITAÇÃO EM FLEXÃO DE 90C EXTENSÃO 45C DO COTOVELO DIREITO PRONAÇÃO SUPINAÇÃO DE 40C REDUÇÃO DE ARCA MUSCULAR.  
COTOVELO VISIVELMENTE DEFORMADO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL VISÍVEL.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDA A CIRURGIA ORTOPÉDICA , COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO EM ÚMERO DISTAL EM OLECRANO  
ALTA EM 27/07/2018.

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM COTOVELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 17/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERICIA REALIZADA OPTADO POR MANTER PARCIALMENTE A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE O EXAME MÉDICO PERICIAL DESCREVE SEQUELA FUNCIONAL GRAVE EM COTOVELO DIREITO

## 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 cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180589635      **Cidade:** Rio Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALTEMIR ALVES DA COSTA      **Data do acidente:** 14/07/2018      **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA ÚMERO DISTAL E OLECRANO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** EVOLUIU CICATRIZ ORTOPÉDICA DE 30 CENTÍMETROS , FACE POSTERIOR DE COTOVELO DIREITO . LIMITAÇÃO EM FLEXÃO DE 90C EXTENSÃO 45C DO COTOVELO DIREITO PRONADAÇÃO SUPINAÇÃO DE 40C REDUÇÃO DE ARCA MUSCULAR.  
COTOVELO VISIVELMENTE DEFORMADO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL VISÍVEL.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDA A CIRURGIA ORTOPÉDICA , COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO EM ÚMERO DISTAL EM OLECRANO  
ALTA EM 27/07/2018.

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM COTOVELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 17/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERICIA REALIZADA OPTADO POR MANTER PARCIALMENTE A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE O EXAME MÉDICO PERICIAL DESCREVE SEQUELA FUNCIONAL GRAVE EM COTOVELO DIREITO

## 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 cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452116/18

Número do Sinistro: 3180589635

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

CPF: 197.480.272-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2018

ALTEMIR ALVES DA COSTA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## 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: 11/01/2019  
Nome: ALTEMIR ALVES DA COSTA  
CPF: 197.480.272-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

---

ALTEMIR ALVES DA COSTA

---

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452116/18

**Vítima:** ALTEMIR ALVES DA COSTA

**CPF:** 197.480.272-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/07/2018

**ALTEMIR ALVES DA COSTA**

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**ALTEMIR ALVES DA COSTA : 197.480.272-87**

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

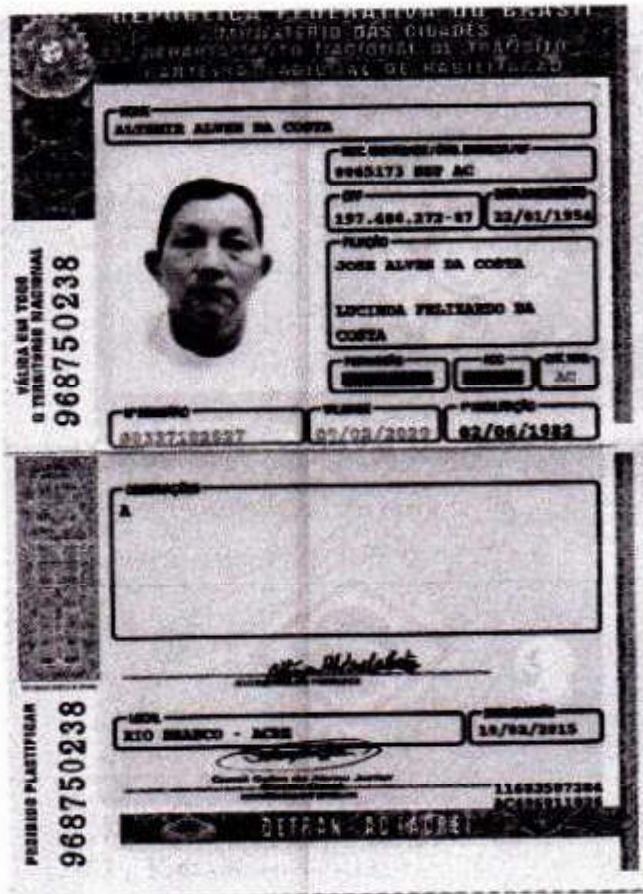
Data da entrega: 14/12/2018  
Nome: ALTEMIR ALVES DA COSTA  
CPF: 197.480.272-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2018  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

ALTEMIR ALVES DA COSTA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA



COMPREV  
DÉNCIA S/A  
14 DEZ 2008  
PROTÓCOLO  
AG. RIO DE J.

# RECEITUÁRIO

PACIENTE:

Fausto

ptura que o M. Altemir Alves da Costa  
sofreu resultante de Trauma 14/02/18  
apresentando fratura de unha distal  
e olecranon corrodida - fratura submu-  
tida a unha metade extensão com osteomis-  
tico em placa e porcos no osso  
distal e ócclusão de unha no olecranon  
dirícto.  
Fratura com escavação epicondila de 30 cm  
na face posterior do cotovelo (C), limitação  
na flexão 90° e extensão 45° de cotovelo  
(C), monospinose 40° e redução de  
foram realizadas no momento  
posterior é posterior de fixação de  
fratura e de alta médica.

DATA 10/01/19

ASSINATURA DO MÉDICO

José Siverio C.  
Médico Ortopedista  
CRM 452-AC

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.039.178.0001/05

RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE

CEP: 69.909-380 - FONE: 3223-4608



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Altemir Alves da Costa,  
RG nº 065173, data de expedição 23/08/18,  
Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 537480272-87, com  
domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de  
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
TJ Benfim (Avol), nº 80,  
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Altemir Alves da Costa, cujo o condutor era  
Altemir Alves da Costa.

Veículo: Moto  
Modelo: C650 FAN ESD  
Ano: 2014  
Placa: ALX 3522  
Chassi: 3C2K C J680ER 526 382  
Data do Acidente: 10/12/2018  
Local e Data: Rio Branco, 10/12/2018



Altemir Alves da Costa  
Assinatura do Declarante

Altemir Alves da Costa  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



455

## MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NO. DO BE: 2567837 DATA: 14/07/2018 HORA: 16:51 USUARIO: KHERLLY  
 CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ALTEMIR ALVES DA COSTA DOC...: C.SUS  
 IDADE.....: 64 ANOS NASC: 22/01/1954 SEXO...: MASCULINO  
 ENDERECO....: RODOVIA AC 40 KM 9 RAMAL DA PALHEIR NUMERO: 00000  
 COMPLEMENTO...: BAIRRO:  
 MUNICIPIO....: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-000  
 NOME PAI/MAE..: JOSE ALVES DA COSTA /LUCINDA FELIZARDO DA COSTA  
 RESPONSAVEL...: VEIO DE SAMU TEL...: 92370638  
 PROCEDENCIA...: CORRENTE  
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [145 x 78 mmHg] PULSO [78 ] TEMP. [ ] PESO[ ] FC[ ] SPO2[96 ]

EXAM.COMPL. [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TEC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS: Paciente trazido pelo SAMU DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /  
 em ero de color cervical e mancha negra na regiao retim da coluna cervical x moto ha cerca de 4 horas. (A) Vias aeras pernas; cervical intagra. (B) Espinico; (C) Esterno hemodinamicamente. (D) Glargue 14. (E) Alergia a ibuprofeno (sic).

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- ① Dipirona 1g + tilitil 50mg IV
- ② Cetazolina 1g IV
- ③ RAIOS X: lombosacral, ontubrago (D)
- ④ Alta da cirurgia geral, aos cuidados do ortopedico.

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
 [ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): Luis Antunes

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
 OBITO: [ ]ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

11:05 h. de dia 15/07/18. SFC. morto (sic)  
 (maltratado, apesar, de ser o paciente que recebeu a entranha  
 no aparelho de TC.)

Carlos Roberto de Alencar e Silva  
 Enfermeiro  
 COREN - AC 395.715



**CEDIMP**

CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

DR. MÁIRA & MARCOS PARENTE

Nome: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Idade: 64 A

Data: 06/12/2018

Atendimento: 72388



## RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO

### RELATÓRIO:

Fratura em consolidação com osteossíntese cirúrgica interessando a diafise distal do úmero.

Artrose umero-ulnar.

Fratura em consolidação com osteossíntese cirúrgica interessando a diafise distal do úmero.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

LAUDO DESCRIPTIVO.

  
**DRA. MÁIRA S. P. PARENTE**

MÉDICA RADIOLÓGISTA

CRM-AC 1502 RQE-AC 611

MEMBRO TITULAR DO COLEGIO BRASILEIRO DE RADIODIAGNÓSTICO

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Altomir Alves da Costa

RG nº 065.173 data de expedição 23/05/18, Órgão SSP / Me

CPF nº 197.480.272-87, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Tv. Benfica</u>
Número	<u>80</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Benfica</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>AC</u>
CEP	<u>69.909-710</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3322-8871 / (68) 33847 7280.</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 5/12/18

Assinatura do Declarante: Altomir Alves da Costa





## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que a ocorrência de nº 1807140074, de 14/07/2018, às 16:01 horas, registrada pelo SAMU como: COLISÃO CARRO X MOTO, com 01 vítima, trata-se da vítima ALTEMIR ALVES DA COSTA.

Rio Branco, 04 de DEZEMBRO 2018.

Necila Fernandes de Souza  
Direção de enfermagem





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 2ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 024974/2018-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/11/2018 08:52 Data/Hora Fim: 12/11/2018 08:57  
Origem: Polícia Judiciária  
Delegado de Polícia: José Aníbal Têncio Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Aleto: Delegacia de Polícia da 2ª Regional

Data/Hora do Fato: 14/07/2018 16:15

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)  
Logradouro: VIA CHICO MENDES

Bairro: Corrente

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223 - Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos Crimes de Trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALTEMIR ALVES DA COSTA (VITIMA / COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Xapuri Sexo: Masculino Nasc: 22/01/1964

Profissão: Desempregado

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Lucinda Felizarda da Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 197.480.273-67

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: ROD. AC-40 KM 09

Complemento: RAMAL DA PALHEIRA

Bairro: VILA ACRE

Telefone: (68) 99955-7559 (Celular)



Nome Civil: CLOVIS ALVES DE SOUZA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 24/12/1933

Estado Civil: Viúvo(a)

Nome da Mãe: Regina Maciel de Souza

Nome do Pai: Auteliano Alves de Souza

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 16776

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 003.219.312-20

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: A. Principal

Complemento: Q/06

Bairro: Santa Helena

Nº: 168



Delegado de Polícia Civil: José Aníbal Têncio Filho  
Impresso por: Danilo de Souza Matos  
Data de impressão: 12/11/2018 08:58  
Protocolo nº: Não disponível

Página: 1 de 2

PPCI - Sistema de Procedimentos da Polícia

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 024974/2018-A03

Telefone: (68) 99910-7925 (Celular)

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

**Grupo:** Veículo      **Subgrupo:** Motocicleta/Motoneta  
**Placa:** QLX9522      **Número do Chassi:** .....26382  
**Ano/Modelo Fabricação:** 2014/2014      **Cor:** Vermelha  
**UF Veículo:** Acre      **Município Veículo:** Rio Branco  
**Marca/Modelo:** HONDA/CG150 FAN ESDI      **Modelo:** HONDA/CG150 FAN ESDI  
**Veículo Adulterado?** Não      **Quantidade:** 1 Unidade

**Situação:** Envolvido

Nome Envolvido	Envolvidos
Altemir Alves da Costa	Proprietário
<b>Grupo:</b> Veículo <b>Subgrupo:</b> Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhonete	
<b>Placa:</b> QLU7773 <b>Número do Chassi:</b> .....07383	
<b>Ano/Modelo Fabricação:</b> 2018/2018 <b>Cor:</b> Marrom	
<b>UF Veículo:</b> Acre <b>Município Veículo:</b> Rio Branco	
<b>Marca/Modelo:</b> MMC/TRITON SPORT HPE <b>Modelo:</b> MMC/TRITON SPORT HPE	
<b>Veículo Adulterado?</b> Não <b>Quantidade:</b> 1 Unidade	
Situação:	Envolvidos
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvidos</b>
Clovis Alves de Souza	Proprietário

## RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE VEIO A ESTA REGIONAL INFORMAR QUE ESTAVA SAINDO DA ROTATÓRIA DA CORRENTE NA SUA MOTOCICLETA, PLACA QLX 9522, QUANDO O AUTOR COLIDIU COM ELE, ESTE CONDUZIA UMA CAMINHONETE TRITON SPORT PLACA QLU 7773. O COMUNICANTE SOFREU FRATURA NO BRAÇO DIANTE DO FATO. PEDE PROVIDÊNCIAS.

## ASSINATURAS

Dano de Souza Matos  
Responsável pelo Abandono

Altemir Alves da Costa  
(Comunicante/Vítima)

Declaro sob a minha responsabilidade que fui ouviu o comunicante e forneci-lhe todas as informações acima mencionadas e certifico que souber responder corretamente para prestar declaração que dei no que concerne ao presente fato, conforme previsto nos Artigos 139, 140, 141 e 142 do Código de Processo Civil e no Código Penal Brasileiro.



José Antônio Timoco Filho  
Delegado(a) de Polícia

DETRAN  
ACRE

Departamento Estadual de Trânsito

BOLETIM DE ACIDENTE  
DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

13460

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA  
VIA CHICO MENDES ROTATÓRIA DA BR 364

03 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

04 UF

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...  
maximo no BETIM06 HORA DA  
OCORRÊNCIA07 ZONA  
RURAL / URBANA

08 DATA

11/14/07/18

09 DIA DA SEMANA  
SÁBADO

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

 1

COLISÃO

 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO  1CONCRETO  3PARALELEPIPEDO  5CASCALHO  7TERRA  9AREIA  2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA  1MOLHADO  3OLEOSA  5ENLAMEADA  7DANIFICADA  9OBRA  2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM  1CHUVA  3NEBLINA  5GAROA  7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VITIMAS

01

SEM VITIMAS COM VITIMAS 

16 NOME CONDUTOR

ALTEMIR ALVES DA COSTA

17 SEXO

M 1 F 3

18 NASCIMENTO

11/10/1954

19 ENDEREÇO

R. 203, AC 40 KM 09 TV BREVICIA, ROMAI DA PALHEIRO NEBO - VILA ACRE

20 1ª HABILITAÇÃO

02/06/1982

21 CATEGORIA

AC

22 PRONTUÁRIO

0033710227

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM 1 NÃO 3

25 USAVA CINTO

SIM 1 NÃO 3

26 USAVA CAPACETE

SIM 1 NÃO 3

27 MARCA

Honda CG 150 FAN

28 ESPÉCIE

MOT / PASSAGEIRO

29 PLACA

GLX 9522

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

ALTEMIR ALVES DA COSTA

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9C2 KCL 160 ER 526 382

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM NÃO

36 AVARIAS

SETOR FRONTAL, SETOR LATERAL direito

37 CARRO

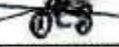


38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

BAIRRO - CENTRO

14 DEZ 2018

38 MOTO



40 AÇÃO DO CONDUTOR

COLIDIDO AO PS PELO SAMU

42 NOME CONDUTOR

CLOVIS ALVES DE SOUZA

43 SEXO

M 1 F 3

44 NASCIMENTO

11/11/1931

45 ENDEREÇO

AV. PRINCIPAL N. 168 Q05 - SANTA HELENA

46 1ª HABILITAÇÃO

10/03/1966

47 CATEGORIA

D

48 PRONTUÁRIO

01020633659

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM 1 NÃO 3

51 USAVA CINTO

SIM 1 NÃO 3

52 USAVA CAPACETE

SIM 1 NÃO 3

53 MARCA

MMC / Triton S10

54 ESPÉCIE

ESP / CAMINHONETE

55 PLACA

GLU 1773

56 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

CLOVIS ALVES DE SOUZA

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

A3XHVK21TJ07383

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM NÃO

62 AVARIAS

SERIOR LATERAL ESQUERDA (PONTE DIANTEIRA)

63 CARRO



64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

BAIRRO - CENTRO

65 MOTO



66 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECIU NO LOCAL

68 NOME

Dona Assis de Silva

69 SEXO

M 1 F 3

70 NASCIMENTO

11/10/1918

71 ENDEREÇO

Coordenadoria de Engenharia de

CONFIRMO O DIA CORRESPONDENTE

75 NOME

Trânsito

EM 13/10/18

78 ENDEREÇO

RO SEYD

77 NASCIMENTO

11/10/18

TESTEMUNHAS N°

79 IDENTIDADE N°

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

VITIMAS	82 NOME <b>ALTEMIR ALVES DA COSTA</b>	83 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	84 NASCIMENTO 20/01/1954
	85 ENDEREÇO RDL. ACACIO KM 09 TV BENFICO DAMAL PALHEIRA	86 FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVA NO VEICULO N° 21 SIM <input type="checkbox"/> NAO <input checked="" type="checkbox"/>
	88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	90 CONDUZIDA PARA AO PONTO SOCORRO PELA SAMU	88 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> NAO <input checked="" type="checkbox"/>
	91 NOME	92 SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	93 NASCIMENTO
	94 ENDEREÇO	95 FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVA NO VEICULO N° <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NAO <input checked="" type="checkbox"/>
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	99 CONDUZIDA PARA	97 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> 1 NAO <input checked="" type="checkbox"/>

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES  
 TELEFONEI QUE HOUVE UMA COLISÃO ENTRE V1 E V2,  
 QUE CAUSOU FERIMENTOS PELO CORPO DO V1 E UMA POSSÍVEL  
 FRACTURA NO BRAÇO DIREITO, QUE A SAMU COM PARCEL NO LOCAL  
 E CONDUZIU AO PONTO SOCORRO. QUE SEGUNDO O V2 O  
 MESMO TRAVASSE NO SENTIDO BAINHO-CENTRO HUANDO A REALI-  
 ZAR A ROTATÓRIA OCORREU A COLISÃO O MESMO NÃO SÓ DE EXPLICAR  
 O OCORRIDO. QUE A POLÍCIA TÉCNICA COMPARECEL NO LOCAL PARA FAZER  
 OS PROCEDIMENTOS CABEÇIS O VEÍCULO DO V1 FOI 7.47.475-27-49  
 SEU FILHO O SP- AURICELIO SOUZA DA COSTA, CPF: 777.967.375-27-49  
 A. QUE FOI REALIZADO O TESTE DO RAPORTADOR NO V1 UM RESULTADO QUE  
 O V1 ESTAVA IMPOSSIBILITADO, POIS NÃO APESSENTAVA NENHUM SINAL QUANDO 23

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA <b>V1</b>	103 MOTORISTA <b>V2</b>	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO <b>BPRB/PMAC</b>
105 NOME <b>ALTEMIR ALVES DA COSTA</b>	106 NOME <b>Louis Alves de Souza</b>	107 NOME / RG <b>SP MALEK / 4646</b>
108 ASSINATURA <b>IMPOSSIBILITADO</b>	109 ASSINATURA <b>José da Silva de Souza</b>	110 ASSINATURA <b>Ary Babo de Souza</b>
111 LOCAL <b>RIO BRANCO, AC</b>		112 DATA <b>14/10/2018</b>

# 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 ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

597.480.272-87 Altemir Alves da Costa

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

Nome completo:		Altemir Alves da Costa	CPF:
Profissão:	Eereço:		Número: 60
Bairro: Benfica	Cidade: Rio Branco	Estado: AC	Complemento: CEP: 69709-710
E-mail:		Tel.(DDD): 68133018871	

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

### RENDIMENTO MENSAL:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                   | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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: 0534 03 CONTA: 16239 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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 atende 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.

14 DEZ 2018

## 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 devidamente, 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 298 do Código Penal.

Indicação digital da vítima ou beneficiário (se houver)	Local e Data: _____ Nome: _____ CPF: _____
---	--

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Altemir Alves da Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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.

# 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 ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

597.480.272-87 Altemir Alves da Costa

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

Nome completo:

Altemir Alves da Costa

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Benfica

Rio Branco

E-mail:

07909-710

68133018871

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

RENDIMENTO MENSAL:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                   | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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: 0534

03

CONTA: 16239

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(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 atende 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 nº 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.

14 DEZ 2019

## 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 devidamente, 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 298 do Código Penal.

Informações  
digitais da  
víti  
m  
do  
ben  
efici  
ário  
de  
m  
or  
te

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Altemir Alves da Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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.

**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:** 3180589635

**Nome do(a) Examinado(a):** ALTEMIR ALVES DA COSTA

**Endereço do(a) Examinado(a):** TV BENFICA, 80 - Rio Branco/AC - CEP 69900-001

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 065173 - SSP

**Data e Local do Acidente :** 14/07/2018 - BAIRRO CORRENTE EM FRENTE DA ROTATÓRIA

**Data e Local do Exame :** 17/01/2019 RUA FLORIANO PEIXOTO, 1135 - RIO BRANCO/AC - CEP 69900-090

**Resultado da Avaliação Médica**

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

ACIDENTE DE TRANSITO (CARRO-MOTO) EM 14/07/2018. COM FRATURA UMERO DISTAL E OLECRANO DIREITO.

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

SUBMETIDA A CIRUGIA ORTOPEDICA , COM OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSO EM UMERO DISTAL EM OLECRANO ALTA EM 27/07/2018.

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

EVOLUIU CICATRIZ ORTOPEDICO DE 30 CENTIMENTROS , FACE POSTERIOR DE COTOVELO DIREITO . LIMITAÇÃO EM FLEXÃO DE 90° EXTENSÃO 45° A COTOVELO DIREITO PRONADA SUPINAÇÃO DE 40° REDUÇÃO DE ARCA MUSCULAR.

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

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

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

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO 90° EXTENÇÃO 45° PRONADA E SUPINAÇÃO 40° E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR EM MSD

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

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

- Vide motivo do impedimento no campo das observações
- ( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias
- ( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

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

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

MSD UMERO / COTOVELO VISIVELMENTE DEFORMADO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL VISIVEL.

*Dr. Arides Rodrigues Jr.*  
Médico  
CRM-AC 1729

---

ARIDES RODRIGUES JUNIOR CRM : 1729 / UF :AC





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180589635** Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

**Data do Acidente: 14/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ**

## **Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALTEMIR ALVES DA COSTA**

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

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Gradu

### % Invalidez Per

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 2.531,25

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =

Downloaded from https://academic.oup.com/imrn/article/2020/10/3333/3293233 by guest on 14 September 2020

Recebedor: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Recebedor: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 0000016239-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180589635**

**Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA**

**Data do Acidente: 14/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 18 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180589635**

**Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA**

**Data do Acidente: 14/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ALTEMIR ALVES DA COSTA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180589635**

**Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA**

**Data do Acidente: 14/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALTEMIR ALVES DA COSTA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 25/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: ALTEMIR ALVES DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000016239-1

---

Nr. da Autenticação 26B27B1A419CACF6

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452116/18

**Vítima:** ALTEMIR ALVES DA COSTA

**CPF:** 197.480.272-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/07/2018

**Titular do CPF:** ALTEMIR ALVES DA COSTA

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## 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  
Outros

**ALTEMIR ALVES DA COSTA : 197.480.272-87**

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: 14/12/2018  
Nome: ALTEMIR ALVES DA COSTA  
CPF: 197.480.272-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2018  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

---

ALTEMIR ALVES DA COSTA

---

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452116/18

Número do Sinistro: 3180589635

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

CPF: 197.480.272-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2018

Titular do CPF: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## 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: 11/01/2019  
Nome: ALTEMIR ALVES DA COSTA  
CPF: 197.480.272-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

ALTEMIR ALVES DA COSTA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180589635      **Cidade:** Rio Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALTEMIR ALVES DA COSTA      **Data do acidente:** 14/07/2018      **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 19/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NA DIÁFISE DISTAL DO ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO E/OU INTERNAMENTO, INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:  
- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO.  
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.  
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.  
TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.  
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180589635      **Cidade:** Rio Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALTEMIR ALVES DA COSTA      **Data do acidente:** 14/07/2018      **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 14/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA NA DIÁFISE DISTAL DO ÚMERO DIREITO.

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180589635      **Cidade:** Rio Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALTEMIR ALVES DA COSTA      **Data do acidente:** 14/07/2018      **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 14/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA NA DIÁFISE DISTAL DO ÚMERO DIREITO.

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

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