



Número: **0071925-58.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAFAEL JOSE DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56659305	20/01/2020 13:22	2686418_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00719255820198172001

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

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Rua Sampaio Viana, 44 - Paraíso - São Paulo - SP - CEP: 04004-001, inscrita no CNPJ sob o número 33.164.021/0001-00 e **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 **RAFAEL JOSE DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **19/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 29/08/2019.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (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.

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



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO INDEFERIMENTO DA INICIAL

Destaca-se, inicialmente, a ausência de documento indispensável a propositura de qualquer demanda judicial, qual seja, o comprovante de residência.

Compulsando os autos, percebe-se que não fora juntado documento de comprovação do domicílio do autor, em clara afronta ao artigo 320, do CPC.

Ocorre, que a ausência do referido comprovante inviabiliza até mesmo a elaboração da defesa da Ré, uma vez que impossibilita a comprovação da competência territorial.

Diante disso, considerando o momento processual, requer a extinção da presente demanda, na forma dos artigos 321 c/c 485, I. CPC.

DO MÉRITO

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

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

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

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;



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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190567669	Cidade: Moreno	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: RAFAEL JOSE DA SILVA	Data do acidente: 19/06/2019	Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 14/10/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. P2.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P7,11. P2,5,7,9,11,13.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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)



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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (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 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 **19/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme comprovado abaixo:**



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:

18/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000131479-9

Nr. da Autenticação 8C7596D7F7983634

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.

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.

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 Nº 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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."



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

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

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

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

⁷art. 1º. (...)

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



CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 13 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexó 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 o 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 seqüela 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 seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **TOKIO MARINE SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RAFAEL JOSE DA SILVA**, em curso perante a **15ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00719255820198172001.

Rio de Janeiro, 13 de janeiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





20/01/2020

Número: **0071925-58.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAFAEL JOSE DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56659306	20/01/2020 13:22	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 794.699.224 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RAFAEL JOSE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 107 779 024 / 43

do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDEL da Vítima RAFAEL JOSE DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 107 779 024 / 43, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: PRAÇA PADRE FELIX BARRETO	Número: 13	Complemento:
Bairro: LIVRAMENTO	Cidade: VITÓRIA DE SANTO ANTÃO	Estado: PE
E-mail:	CEP: 55.602-380	Tel.(DDD): 81 98877-8145

Local e Data:

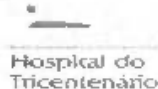
VITÓRIA

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assinatura do Declarante

OLDRL.001 V001/2017





Nome: RAFAEL JOSE DA SILVA
Dt. Nasc.: 25/07/93 - 25 ano (s)
Mãe: MARIA DAS DORES DA MOTA
Endereço: ENGENHO CANZASA, nº 1, BONACA, MORENO - PE
Data/hora: 19/06/2019 - 08:21
Nº registro: 238172
Sexo: Masculino
Fone:
Nº pág.: 1/1

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

DOER OMBRO D E REG LOMBAR APÓS TRAUMA POR QUEDA DE MOTO (SIC)
SOCORRIDO PELO SAMU

Exame Físico:

DOR COM EDEMA OMBRO D
DOR REG LOMBAR SEM IRRADIAÇÃO OU DORMÊNCIA

Resultados de Exames:

O RX
SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE CLAVICULA D COMINUTIVA COM DESVIO

Conduta:

COLOCADO TIPOIA
MEDICADO
SOL TRANSF DE URG A CENTRAL DE LEITOS
H.O.F.
SENHA: 5709122

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S420 - Fratura da clavícula | | Diáfise ?<? da clavícula| Extremidade acromial ?>?

Óbito: Não

Dr. PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA
CRM: 6984

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA, CRM: 6984, Data e Hora: 19/06/2019 09:50:43.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4616





Nome:	RAFAEL JOSE DA SILVA	Nº registro:	238172
Dt. Nasc.:	25/07/93 - 25 ano (s)	Sexo:	Masculino
Mãe:	MARIA DAS DORES DA MOTA	Fone:	
Endereço:	ENGENHO CANZASA, nº 1, BONACA. MORENO - PE		
Data/hora:	19/06/2019 - 09:17	Nº pág.:	1/1

SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE / REMOÇÃO DE PACIENTE

Funcionário Requisitante / Função: YARA TALYTA

Hora da Solicitação: 19/06/2019 08:33

Hora da Transferência: 19/06/2019 09:10

Especialidade Solicitante: Ortopedia

Especialidade Encaminhada: Ortopedia

Causa: Outros

Transporte: Samu/Bombeiro - Médico presente: NÃO

Equipe: SAMU

Hipótese Diagnóstica (Motivo): FRATURA DE CLAVICULA D

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hospital Otávio de Freitas

Motivo: FRATURA DE CLAVICULA D

Senha: 5709122

Dr.ª YARA TALYTA ARAUJO DE SOUZA SILVA
COREN: 11842

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: YARA TALYTA ARAUJO DE SOUZA SILVA. Data e Hora: 02/07/2019 09:46:58.

Rua Vale do Itajaí, s/n, Ilhura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4616





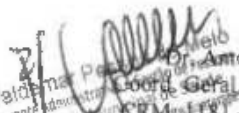
Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 2360.000
EM: 06.08.2019

Atendendo ao requerimento do Sr. **RAFAEL JOSÉ DA SILVA, RG: 6.858.427 – SDS/PE, CPF: 107.779.024-43**, consta em nossos arquivos a ocorrência de **Nº S – 643236**, do dia 19 de junho de 2019, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 06h 30min vítima de queda de moto. O acidente aconteceu na Av. Manoel Rabelo s/n, Próximo ao posto da polícia rodoviária – Sucupira - Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, a vítima foi removida para H.O.F.

Jaboatão dos Guararapes, 23 de agosto de 2019.


Valdeimar Pereira
Gerente Administrativo
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes - PE
Coord. Geral SAMU/ Sec. Saúde.
CRM 1181 – Mat.40.911.164-1





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: RAFAEL JOSE DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Mãe: MARIA DAS DORES DA MOTA
Endereço: ENGENHO CANZANSA, N.º 0 - BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: MORENO - UF: PE

Idade: 26 Anos 0 Mês 12 Dias
CNS: 701008832941190
Contatos: 81. 85176390 | Celular: 81.

Nasc. 25/07/1993

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 21/06/2019 14:57
Prontuário: 1089239
Nº. Atendimento: 3346677
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
EDUARDO KRUG CARVALHO

Admissão

Queixa Principal

DOR EM OMBRO D

História Clínica

ACIDENTE DE MOTO HÁ 2 DIAS. SEM OUTRAS QUEIXAS

Exame Físico

DOR E DEFORMIDADE EM CLAVICULA D

Observações

FRATURA COMINUTIVA CLAVICULA D COM DESVIO

Conduta

CIRURGICO

EDUARDO KRUG CARVALHO - CRM: Nº.15075

06/08/19
JOH
0012

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	2- CNES 426	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES 426
Identificação do Paciente			
5- NOME DO PACIENTE RAFAEL JOSE DA SILVA	6- Nº DO PRONTUÁRIO 1089239	7- (CNS) 701008832941190	8- DATA DE NASCIMENTO 25/07/1993
9- SEXO MASCULINO	11- NOME DA MÃE DO PACIENTE MARIA DAS DORES DA MOTA	12- TELEFONE DE CONTATO 81, 85176390 Celular: 81.	
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO DO PACIENTE ENGENHO CANZANSA, N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: MORENO - UF: PE			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE DE MOTO HÁ 2 DIAS, SEM OUTRAS QUEIXAS

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FRATURA COMINUTIVA CLAVICULA D COM DESVIO

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

FRATURA COMINUTIVA CLAVICULA D COM DESVIO

20- DIAGNOSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL FRATURA DA CLAVICULA - S420	21- CID 10 SECUNDÁRIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26- CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27- CARATER DA INTERNAÇÃO URGENCIA E EMERGENCIA	31- DATA DA SOLICITAÇÃO 21/06/2019
28- CEP OU CNS DO NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR) EDUARDO KRUG CARVALHO - CRM: Nº.15075		76159116487
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE
☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	49- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA
☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	41- CBOR	
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
☒ EMPREGADO	☐ EMPREGADOR	☐ AUTÔNOMO
☐ DESEMPREGADO	☐ APOSENTADO	☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44 - COD ÓRGÃO EMISSOR	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO ____/____/____	
46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		



Atendimento: 3346682

Dt Atendimento: 21/06/2019 - 16:44

Dt Alta: 21/06/2019 - 22:14

Paciente: 1089239 RAFAEL JOSE DA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 206 TRAU 36-02 - POSTO III

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 8 ALTA POR OUTROS MOTIVOS

Usuário: PATRICIAMCF

Diretor Clinico:

CID:

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Rafael José da Silva

REGISTRO: 770405 DATA DE NASCIMENTO: 25 / 07 / 1993

RG: 6.858.427 ÓRGÃO EMISSOR: SDS / PE

ENDEREÇO: Engenho Canzanha Cidade
marema

NOME DA MÃE: Mario das Dores da Mata

DATA ADMISSÃO: 21 / 06 / 2019 DATA ALTA: 28 / 06 / 2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 27 / 06 / 2019 CID: S42.0

DIAGNÓSTICO: Fratura da Clavicula Direita

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura da Clavicula Direita + Osteotomia
+ Tenomiotomia + Neuólise

MÉDICO: Arnaldo Coimbra

CREMEPE: _____

JABOATÃO DOS GURARAPES, 30 DE Julho DE 2019

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE: 18.858 / TEOT: 13351

MÉDICO



Sumário de Admissão e Alta

Nome: RAFAEL JOSE DA SILVA

Prontuário: 770405

Abandono: 224580

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 17 - LEITO 02

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

CID: S420

Procedimento Solicitado: 0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
- ☐ Diária de UTI
- ☐ Diária de Acompanhante
- ☐ Vacina Anti - Rh

- ☒ Uso de Prótese Órtese
- ☐ Uso de Fatores de Coagulação
- ☐ Uso de Oxigenadores
- ☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Diagnóstico Secundário: -

Motivo da Alta:

Data de Internação: 21/06/2019

Data da Alta:

Dias de Hospitalização:

Dia (s).

JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

CRM: 22522



ENT 1702



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SENHA 598364

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	2- CNES 426	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES 426
Identificação do Paciente			
5- NOME DO PACIENTE RAFAEL JOSE DA SILVA	6- Nº DO PRONTUÁRIO 1089239	7- (CNS) 701008832941190	8- DATA DE NASCIMENTO 25/07/1993
9- SEXO MASCULINO	11- NOME DA MÃE DO PACIENTE MARIA DAS DORES DA MOTA	12- TELEFONE DE CONTATO 81. 85176390 Celular: 81.	
13- NOME DO RESPONSÁVEL		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO DO PACIENTE ENGENHO CANZANSA, N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: MORENO - UF: PE			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE DE MOTO HÁ 2 DIAS. SEM OUTRAS QUEIXAS

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FRATURA COMINUTIVA CLAVICULA D COM DESVIO

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

FRATURA COMINUTIVA CLAVICULA D COM DESVIO

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL FRATURA DA CLAVICULA - S420		21- CID 10 SECUNDÁRIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26- CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27- CARATER DA INTERNAÇÃO URGENCIA E EMERGENCIA		31- DATA DA SOLICITAÇÃO 21/06/2019
29- CPF OU CNES 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE PRESTADOR) EDUARDO KRUG CARVALHO - CRM: Nº.15075		76159116487	
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	49- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
☒ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	47- DATA DA AUTORIZAÇÃO	48- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44- COD ORGÃO EMISSOR			Secretaria de Saúde - PJOPE OS - Gerência de Controle e Avaliação Maria Carolina Mac Donal Desoberto Médica Autorizadora SUS - CRM: 8922
46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

senha = 388364



Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 224580

Nascimento: 25/07/1993

Responsável:

Promissário: 770405

Sexo: Masculino

Nome: RAFAEL JOSE DA SILVA

Data e Hora do Atendimento: 21/06/19 22:56:19

Idade: 25 Anos, 10 Meses e 27 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF: 10777902443

Identidade: 6858427

Telefone:

Conjuge: -

Estado Civil:

Cartão SUS: 701008832941190

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DA MOTA

Nome do Pai: JOSE CICERO DA SILVA

Endereço: ENGENHO CANZANSA, ZONA RURAL, CEP: 54800000, Nº 0, MORENO - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Enfermaria / Leito: ENF 17 - LEITO 02

Médico: AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664

CID: S420

RESUMO DE INTERNAMENTO

STÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 3 DIAS REFERE DOR EM MSD

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDM

EXAME FÍSICO GERAL:

EGG, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, EUPNEICO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR 2T BNF S/S

AP - RESPIRATORIO:

MV+ AHT SEM RA

ABDOMEN:

PLANO, INDOLOR

AP - GENITO - URINARIO:

NDM

OUTROS:

NDM

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1-FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664



Relatório Geral de Cirurgias

Nome: RAFAEL JOSE DA SILVA

Prontuário: 770405

Atendimento: 224580

Unidade de Internação / Leito: ENF 17 - LEITO 02

Sexo: Masculino

Idade: 25 Anos, 11 Meses e 2 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): NEURÓLISE (040302007-7) + TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA CLAVÍCULA DIREITA (040801015-0) + OSTEOTOMIA CLAVÍCULA (040801011-8) + TENOMIOTOMIA (040806045-0)

Data: 27/06/2019

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

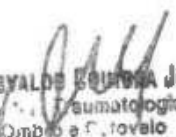
Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

06. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSE
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA
DISSECAÇÃO POR PLANOS ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA
OSTEOTOMIA DE BORDAS DA FRATURA
NEURÓLISE DE NERVO SUPRA-CLAVICULAR
REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 E PARAFUSOS CORTICAIS
TENOMIOTOMIA DE TRAPEZIO E PEITORAL MAIOR
LAVAGEM COM SF
REVISÃO DA HEMOSTASIA
FECHAMENTO POR PLANOS


DR. OSVALDO COIMBRA JR.
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PB 16658 / TEOT: 15381

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 14/08/2019 10:14

Atendimento: 313754 Entrada: 20/05/2019 Hora: 09:55
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsavel:
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Recepcionista: ADRIANA VIEIRA
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 898002986470434

Paciente: 15953 RAFAEL JOSE DA SILVA
Nascimento: 25/07/1993 (26 Anos)
Endereço: ENGENHO CANZANZA
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 54800-000
Cidade: 2609402 MORENO
Pai: JOSE CECERO DA SILVA
Mãe: MARIA DAS DORES DA MOTA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: BRANCA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 10777902443
Identidade: 6858427 - SDS - PE
Telefone: / 93153050
G.Instrução:
Ocupação: CARREGADOR
Naturalidade: PALMARES

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 21/06/2019 - 12:09

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO CRM 9756)

Queixa do paciente: paciente relata acidente de moto ha 3 dias , refere dor em ombro direito , atendido no hof

Exame físico: egr, consciente sme dor + edema de ombro direito

Hipótese diagnóstica: fratura de clavícula direita

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checkagem
01 - tipoia	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação: encaminhado ao hospital otavio de freitas ao serviço de cirurgia de ombro senha 5710691

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) **COMANDA:**

Hospital Memorial Armindo Moura
S.A.M.
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cláudio Cavalcanti, 100 - J. São João - PE

Página 1 de 1



RAFAEL JOSE DA SILVA,
Sex:
Data de nascimento: 25/07/1993
ID: 770405

Dir.

Data de aquis.: 11/07/2019
Hora de aquis.: 07:56:02
Índice de exp.: 1210

OMBRO CLAVÍCULA

AP

W: 3633, L: 2288

ID de técnico: admin

RAFAEL JOSE DA SILVA,

Sex:

Data de nascimento: 25/07/1993

ID: 770405

HOSPITAL JABOATÃO DOS GUARARAPES

Escala: 0.0

Data de aquis.: 11/07/2019
Hora de aquis.: 07:54:33
Índice de exp.: 1270

OMBRO CLAVÍCULA

AP

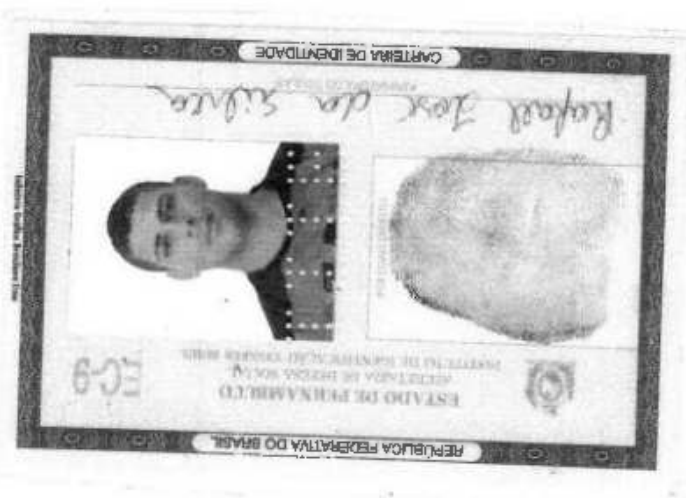
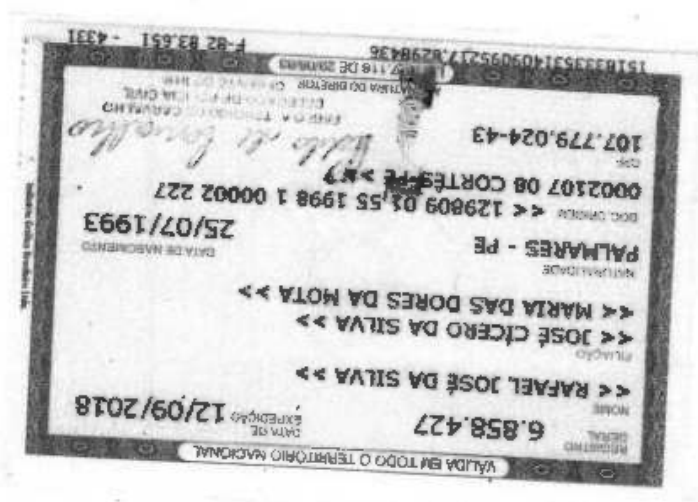
W: 3864, L: 2147

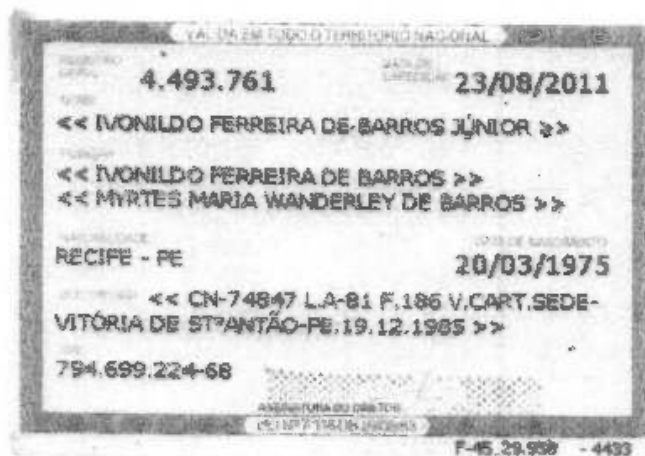
ID de técnico: admin

HOSPITAL JABOATÃO DOS GUARARAPES

Escala: 0.0







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014801830001
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	PLATAC	EXERCÍCIO
1	544877063	300000000	2019

NOME

JACKSON DOMINGOS DA SILVA

MORENO-PE

CPE / CNPJ

711.302.874-83

PLACA

W/10-4038

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

902EC16800RA11917

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

ALCO/GRAXOL

MARCA - MODELO

BOMBA/CG150 FAN 8501

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

CAP / POT / CL

2P/149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

IPVA 2019 QUITADO

VEND. COTA ÚNICA

1º

93.41.11

P

V

A

1ª

PARCELAMENTO / COTAS

2º

3º

PREÇO TÁRIFA (R\$)

80.11

IMP. DE

0.32

PREÇO TOTAL (R\$)

84.58

DATA DE PAGAMENTO

05/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

MORENO

Roberto Carlos Moreira Paes

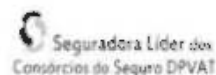
DATA

05/02/19

DIRETOR PRESENCIAL DETRAN/PE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344826/19

Vítima: RAFAEL JOSE DA SILVA

Data do acidente: 19/06/2019

CPF: 107.779.024-43

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL JOSE DA SILVA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

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

RAFAEL JOSE DA SILVA : 107.779.024-43

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: 04/10/2019
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Josyelli de Oliveira Cabral



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA RAFAEL JOSE DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 19/06/19 CPF DA VÍTIMA 102.773.024-43
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É RAFAEL JOSE DA SILVA
ENDEREÇO DO PORTADOR PRAÇA PADRE FELIX BARRETO
Nº 13 COMPLEMENTO LIVRAMENTO BAIRRO 55602-380
CIDADE VITORIA UF PE CEP 81 98877-6145
E-MAIL TELEFONE

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

> E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 15.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 8.134/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 3.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAL DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 4493761
IDENTIDADE IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
ASSINATURA IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURO DVA

DATA
NOME
ASSINATURA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567669 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. P2.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P7,11.
P2,5,7,9,11,13.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567669 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. P2.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P7,11. P2,5,7,9,11,13.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567669

Vítima: RAFAEL JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL JOSE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14854263

Pag. 00209/00210 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567669

Vítima: RAFAEL JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL JOSE DA SILVA

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 ombros
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: **RAFAEL JOSE DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000648**

Conta: **000000131479-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 10777902443 3 - CPF da vítima: RAFAEL JOSE DA SILVA 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: RAFAEL JOSE DA SILVA 6 - CPF: 10777902443
7 - Profissão: LABADOR 8 - Endereço: EG CANZANZA 9 - Número: 520 10 - Complemento: EG
11 - Bairro: EG CANZANZA 12 - Cidade: CABO NORAL 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54500-001
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 011988776145

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0648 013 CONTA: 0013479 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 Líder 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

X *Rafael Jose da Silva*
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019



1 de 2

29/08/2019 17:00



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 021ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO -
DP21ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0111001296**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/08/2019** às
09:08

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **19/8/2019** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GENERAL MANUEL RABELO 4842 ATE O FIM, 1 - Bairro: SUCUPIRA - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO POSTO DA POLICIA RODOVIARIA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
JACKSON DOMINGOS DA SILVA (OUTRO)
RAFAEL JOSE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a)
RAFAEL JOSE DA SILVA



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

RAFAEL JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS DORES DA MOTA Pai: JOSE CICERO DA SILVA Data de Nascimento: 25/7/1993 Naturalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5558427-8 DS PE (RG) 19777992443 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares: 955176398

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MORENO, , ENGENHO CANZANZA - - CEP: 55080-000**
- Bairro: **CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL. PROXIMO A ASSOCIAÇÃO**

JACKSON DOMINGOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JACKSON DOMINGOS DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): RAFAEL JOSE DA SILVA



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/inbox/Out/BOEPreview.html

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ESS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KCS4398** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O SENHOR RAFAEL JOSE DA SILVA, COMUNICANDO QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA MENCIONADA NA OCORRENCIA, PASSANDO PROXIMO AO POSTO DA POLICIA MILITAR EM SUCUPIRA - JABOATAO - PE, HAVIA UM BURACO NO PISTA O MESMO DESGOVERNOU-SE DA MOTOCICLETA E FOI AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO O SAMU PARA UPA - DO IBURA, PARA O PRIMEIROS SOCORROS LOGO EM SEGUIDA FOI TRANFERIDO PARA HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS NO RECIFE - PE., NO DIA 17 DE JUNHO DE 2019 FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA DA CAVICULA NO HOSPITAL MEMORIAL EM JABOATAO - PE, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Rafael Jose da Silva
RAFAEL JOSE DA SILVA
(VITIMA)

Roberto Barbosa Patriota
B.O. registrado por: **ROBERTO BARBOSA PATRIOTA** - Matrícula: **381028-3**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 10777902443 3 - CPF da vítima: RAFAEL JOSE DA SILVA 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: RAFAEL JOSE DA SILVA 6 - CPF: 10777902443
7 - Profissão: LABADOR 8 - Endereço: EG CANZANZA 9 - Número: 520 10 - Complemento: EG
11 - Bairro: EG CANZANZA 12 - Cidade: CABO NORAL 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54500-001
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 011988776145

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0648 013 CONTA: 0013479 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 Líder 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

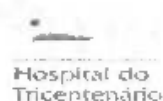
40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019



Nome: **RAFAEL JOSE DA SILVA**
Dt. Nasc.: 25/07/93 - 25 ano (s)
Mãe: **MARIA DAS DORES DA MOTA**
Endereço: **ENGENHO CANZASA, nº 1, BONACA. MORENO - PE**
Data/hora: 19/06/2019 - 08:14
Nº registro: **238172**
Sexo: **Masculino**
Fone:
Nº pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SENHA: BS005

19/06/2019 - DAYANE DE MOURA

Classificação de Risco: **URGÊNCIA - AMARELO**
Especialidade: **ORTOPEDIA**
Encaminhado Para: **SALA AMARELA - ORTOPEDIA**

ANAMNESE ENFERMAGEM

ALERGIA: **NEGA**

QUEIXA PRINCIPAL:

- **ACIDENTE DE MOTO**
- Ferimento

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU JABOATÃO COM O TÉCNICO WILLIAM E O CONDUTOR RIVALDO COM RELATO DE QUEDA DE MOTO E QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO DIREITO E ESCORIAÇÕES EM PE DIREITO.
NEGA DESMAIO E VÔMITOS

EXAME FÍSICO:

PA: 120 x 70 mmHg | Temperatura:
rGT: 92 mg/dL | Sat O2: 98% | FC: 86 Bpm | Peso: | Altura:

OBSERVAÇÕES:

NEGA DM E HAS

Dr.ª DAYANE DE MOURA SANTANA
COREN : 7822

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: DAYANE DE MOURA SANTANA. Data e Hora: 19/06/2019 14:08:46.

Rua Vale do Itajaí, s/n, Iburá CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4616



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:	18/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000131479-9

Nr. da Autenticação 8C7596D7F7983634



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5589
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARIA DAS DORES DA MOTA CPF: 012.733.034-82 NIS: 20364718408	DATA DE VENCIMENTO 20/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 10,84	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 13/08/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 13/08/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 073192869	CONTA CONTRATO 001815440010 Nº DO CLIENTE 2902471719 Nº DA INSTALAÇÃO 000583887
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA EG CANZANZA 528 ENGENHO CANZANZA/CABO RURAL 54500-001 CABO DE SANTO AGOSTINHO PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 5D8D.F652.7857.BEA1.FD90.3203.905D.CA65			

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19124008	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	27,00	0,32784015	8,85
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,23
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,42
Contrib. Mun. Pública Municipal			2,29
Multa por atraso-NF 069245163 - 11/07/19			0,36
Juros por atraso-NF 069245163 - 11/07/19			0,10
Atualização IGP-M-NF 069245163 - 11/07/19			0,03
Compensação DEC Mensal 06/19			5,08
Compensação DEC Trimestral 02/19			1,31
TOTAL DA FATURA			10,84

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		0,00	15,23	0,74	0,11	15,23	3,42

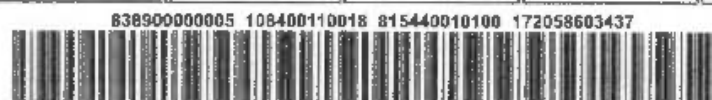
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO							
Descrição de Energia	TS	%	Valor	Descrição de Energia	TS	%	Valor
Transmissão	1,73	8,92	0,97	Distribuição (Celpe)	4,54	28,81	4,91
Perdas de Energia	1,43	8,39	0,90	Encargos Setoriais	2,44	2,69	0,29
Tributos	2,63	4,14	0,44	Tributos	2,63	4,14	0,44
TOTAL	16,23	100	10,84	TOTAL	16,23	100	10,84

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TÍPOLOGIA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
783768	CAT	11/07/2019 15,096.00	13/08/2019 15,155.00	33	1,00900	0,00	57,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
Jun/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	PRAPAMA I	41,72	10,87	21,74	43,48
DIC-No.de vezes sem Energia		2,00	7,58	13,18	39,38
DIC-Duração máxima de Interrupção contínua		33,85	3,88	0,00	0,84
DIC-Duração de Interrupção em dia crítico					
Limite DICRI: 16,60					
EIPD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 7,27					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você: supermercados, lojas, farmácias, etc. ou diretamente no site www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagão, em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEEL). Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no mês, mais isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, de RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 18,88. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão do fornecimento, o cancelamento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade do ciclo em que ocorrer a suspensão. Consulte a Resolução, Art. 87 Res.414/10. Caso deseje parcelar, procure nossas Agências de Atendimento.	NÍVEL DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL (V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> </table>	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)		MÍNIMO MÁXIMO	220	202 231
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)						
	MÍNIMO MÁXIMO						
220	202 231						

DESTAQUE AQUI	CONTA CONTRATO 001815440010	MÊS/ANO 08/2019	TOTAL A PAGAR (R\$) 10,84	VENCIMENTO 20/08/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
----------------------	---------------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	--



impresso.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home-neologw-sap.com/servlet/login.nagenergia.com.RFCConversoServet?redirefatura=1... 1/1

17/09/2019

2a Via da Fatura

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.935.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5598
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.589.124-68

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PC PE FELIX BARRETO 13

LIVRAMENTO/TÓRRIA DE SANTO ANTAO
55602-350 VITÓRIA DE SANTO ANTAO PE

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

DATA DE VENCIMENTO

13/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

06/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

06/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

076259315

CONTA CONTRATO

007006571365

Nº DO CLIENTE

2001258577

Nº DA INSTALAÇÃO

0005363490

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - COMERCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

87D7.DD73.38B3.2AED.732B.6DAC.5323.B481

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	163,00	0,77082320	127,06
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,25
Contrib. Rum. Públicas Municipais			27,82
ICMS Subvenção-CDE-NF 064719524-06/08/19			1,16
ICMS Subvenção-CDE-NF 068619481-06/07/19			1,12
Multa por atraso-NF 072530959 - 07/08/19			2,62
Juros por atraso-NF 072530959 - 07/08/19			0,38
Atualização IGPM-NF 072530959 - 07/08/19			0,15
TOTAL DA FATURA			158,92

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIF			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
138,31	25,00	34,07	138,31	0,81	1,10	138,31	3,72	5,07

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 163,00

HISTÓRICO DO CONSUMO

SET	19	163
AGO	19	163
JUL	19	160
JUN	19	164
MAY	19	170
ABR	19	171
MAR	19	180
FEV	19	180
JAN	19	120
DEZ	18	154
NOV	18	138
OCT	18	139
SET	18	126

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição de Energia	R\$	%
Transmissão	47,32	34,50
Distribuição (Celpe)	36,60	23,06
Encargos Setoriais	2,72	4,09
Tributos	40,24	25,37
Perdas de Energia	0,85	0,54
TOTAL	128,31	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DEAN	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO kWh
0990000001082258	CAT	07/09/2018 15.427,00	30/09/2018 10.590,00	30	1.908,00	0,00	163,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LECTURA: 09/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS ANUAIS	MTA TOTAL	MTA ANUAL
30/09/2019					
DSC-Nº de horas sem energia	VITÓRIA DE SANTO ANTAO	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-Nº de vezes sem energia	ANTAO	0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,37	5,00	0,30
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limitar DICR: 12,22
EUSD-Valor do Ensurto de Uso					R\$ 48,63
Nota: Consumidor pode solicitar a aplicação das penalidades DSC, FIC, DMIC e DICR em qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ag correio wagner: avenida lusitana anita matriz / ciangel comercial
Armazenado: na primitiva da miranda 197 centro lista completa em www.celpe.com.br
Na data da fatura o bônus em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 38.458/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou de nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Base 14/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007006571365	09/2019	0,00	13/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

