



Número: **0085101-07.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56891 243	24/01/2020 09:46	<a href="#">2686566_CONTESTACAO_01</a>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE – SEÇÃO B

Processo: 00851010720198172001

**AUSÊNCIA DE COBERTURA**

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

**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 **CARLOS ALBERTO SOARES 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 **03/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **24/10/2019**.

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

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

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



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.

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

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

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

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

#### **DO MÉRITO**

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

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

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

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

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

#### **DO AUTOR EM TRATAMENTO MÉDICO**

##### **DA IMPOSSIBILIDADE DE VERIFICAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE**


Trata-se de caso de invalidez em que o autor alega ser vítima de acidente de veículo automotor, resultando assim invalidez permanente. Assim supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à **INVALIDEZ PERMANENTE**.

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



Ocorre que o acidente em tela, foi objeto de análise por meio da perícia técnica, onde ficou **DIAGNOSTICADO QUE A VÍTIMA AINDA PERMANECE EM TRATAMENTO, POR MAIS 120 DIAS NECESSITANDO DE EXAMES COMPLEMENTARES PARA SE CONCLUIR SE SUA CONDIÇÃO FÍSICA É DE INVALIDEZ PERMANENTE OU NÃO.**

Logo, SE NÃO HÁ COMO SE CONCLUIR PELA SUPOSTA INVALIDEZ do interessado, uma vez que ainda não se esgotou todas as possibilidades de tratamento ortopédicas necessários para uma possível melhora ou até mesmo cura do autor, **não há como se apurar o grau da invalidez permanente que o autor, porventura, venha a ser portador no futuro, isto se for o caso de não haver sucesso na recuperação do autor com o fim do tratamento que o mesmo se presume está submetido.**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
Número: 3190622786	Cidade: Carpina	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA	Data do acidente: 03/09/2019	Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.		
<b>PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA</b>				
Data da análise: 12/11/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P-1				
Sequelas permanentes:				
Sequelas: Em tratamento				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas:				
Documentos complementares:				
Observações: X				
DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:				
- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;				
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURO E DATA DE REALIZAÇÃO;				
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: 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.				
<b>DANOS</b>				
<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>
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

Desta forma, requer a Ré, que a presente demanda seja julgada **EXTINTA SEM JULGAMENTO DO MÉRITO**, para que o autor aguarde o fim do tratamento médico que se encontra acometido, e ao final do tratamento seja dado um parecer final e conclusivo pelo médico perito, esclarecendo a existência de invalidez total ou parcial, e o



percentual da invalidez atingida, caso não seja curado o autor, na forma do art. 485, inciso VI do Código de Processo Civil.

Não sendo o entendimento deste juízo, requer o sobrestamento do feito, pelo prazo de 120 dias, conforme informado no laudo pericial emitido para que **APÓS O AUTOR SEJA SUBMETIDO A NOVA PERÍCIA, SENDO QUE O PERITO DEVERÁ ESCLARECER O GRAU DA INVALIDEZ DA VÍTIMA**, ora autor, se acaso este restar inválido permanentemente.

Reforça o requerimento supra, ante a ausência de qualquer prova nos autos a respeito da alegada invalidez permanente, o que torna impossível a aplicação da legislação em espécie, eis a impossibilidade de se condenar a ré, sem que seja indicado e respeitado o percentual de invalidez consoante tabela de cálculos de indenização. Informando a ré, que seu pedido tem respaldo, ainda, no art. 5º, § 5º da Lei 6.194/74.

Caso não seja este o entendimento do i. Magistrado, requer a suspensão do processo e a intimação da parte autora para que manifeste sua concordância ou não quanto a suspensão da presente ação até finalização da regulação do pedido administrativo (pagamento/negativa/cancelamento) ou mesmo sua opção pela desistência da regulação administrativa e prosseguimento da ação judicial.

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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



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

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

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

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

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

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

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

#### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

#### **CONCLUSÃO**

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

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

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).

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

<sup>5</sup> **art. 1º . (...)**

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



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, 15 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



### **QUESITOS DA RÉ**

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 **CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA**, em curso perante a **7ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00851010720198172001.

Rio de Janeiro, 15 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Número: **0085101-07.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56891 244	24/01/2020 09:46	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PE** Nº **014357755324**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA: **252860799** COD. RENAVAM: **\*\*\*\*\*** RNTTC: **\*\*\*\*\*** EXERCÍCIO: **2019**

NOME: **CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA**

PAUDALHO-PE

CPF/CNPJ: **068.024.254-67** PLACA: **NMI2747**

PLACA ANT./UF: **NMI2747/AL** CHASSI: **9C2ND0910AR025953**

ESPÉCIE TIPO: **PAS MOTOCICLETA** COMBUSTÍVEL: **GASOLINA**

MARCA/MODELO: **HONDA/XRE 300** ANO FAB: **2010** ANO MOD: **2010**

CAP/POT/CIL: **2P/291CL** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **PRETA**

COTA ÚNICA: **IPVA 2019 QUITADO** VENC. COTA ÚNICA: **1\*\*\*\*\***

FAIXA IRV.A.: **A1** PARCELAMENTO/COTAS: **2\*\*\*\*\***

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): **0.11** IOF (R\$): **0.32** PRÊMIO TOTAL (R\$): **04.58** DATA DE PAGAMENTO: **16/01/19**

OBSERVAÇÕES: **SEM RESERVA**

LOCAL: **PAUDALHO-PE** DATA: **28/02/19**

**Roberto Carlos Moreira Fontelles**  
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

**KOTE SEGUROS.**  
**Erica Araujo**



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
 COM MOTORES DE VITA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
 TRANSPORTADAS OU NA OBRIGATORIO DPVAT

**PE Nº 014357755324 BILHETE DE SEGURO DPVAT**  
**CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA**

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

WWW.SEGURADORA LIDER.COM.BR  
 SAC DPVAT 0800 722 4304

PAUDALHO-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 28/02/19

VIA 066-024-254-67 NMI 2747

252960799 HONDA/XRE 300

ANO FAB 2010 CAT. 09 9C2ND0910AR025953

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FMS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
35.05	4.01	40.06
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	COTA ÚNICA DE PAGAMENTO (R\$)
4.15	0.32	44.53

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 16/01/19

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
 CNPJ 08.248.808/0001-04

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

JUL-2018

KOTE SEGUROS  
 Erica Araujo  
 05/11/19



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190622786 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 03/09/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 12/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.  
P-1

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
  - LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
  - EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO 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:** 3190622786 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 03/09/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 12/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.  
P-1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X

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





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0387598/19

**Vítima:** CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

**CPF:** 068.024.254-67

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/09/2019

**Titular do CPF:** CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA : 068.024.254-67**

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](http://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: 05/11/2019  
Nome: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA  
CPF: 068.024.254-67

CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2019  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO







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, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190622786

Vítima: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 03/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ALBERTO SOARES 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 15074360





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, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190622786 Vítima: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 03/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

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

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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

Pag. 00057/00058 - carta\_03 - INVALIDEZ

00070029



Carta nº 15074368





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, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190622786

Vítima: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 03/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00115/00116 - carta\_07 - INVALIDEZ

00070058



Carta nº 15098304



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

068.024.254-67 Carlos Alberto Soares da Silva

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: 1242 CONTA: 79-117 3

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 (vencidos)? ☐ 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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)



CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 31/10/2019

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA  
PAG: 000

AG: 1242 CARPINA OPER: 013 CONTA: 79.117-3  
PERIODO: 11102019 ATE: 31102019 CPF: 068.024.254-67  
NOME: CARLOS ALBERTO S DA SILVA VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
28/10/2019	281119 DP DIN LOT	0,00000000	20,00 C	20,00 C

F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	R\$ 20,00 C
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	TEF264C
		F12 FINALIZAR	

KOTE SEGURO  
Erica Araujo  
05/11/19

Date: 31/10/2019 Time: 09:12:51







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA  
DP45ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **19E0135004095**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/10/2019** às **10:01**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **3/9/2019** às **07:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, BR 408 - Bairro, BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: EM FRENTE RODE MAIS PNEUS LOCAL DO FATO: RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO, (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

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

**CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SILVANIA MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 12/12/1978 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7214922/SDS/PE (RG) 06802416467 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: BORRACHEIRO Telefones Celulares: 982341217**

Endereço (residencial): **MUNICIPIO DE CARPINA, 277, AV. JOAQUIM PINTO LAPA - CEP: 8 - Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A PADARIA PALMEIRA**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO AUTOMOTOR (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS ALBERTO SOARES DA**

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
05/11/19

24/10/2019 08:40

Scanned by CamScanner



**SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NM12747** (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Renavam: **292866798** Chassi:

**SC2ND09910AR626953**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

Descrição: **CONDUTOR NÃO POSSUI HABILITAÇÃO.**

### Complemento / Observação

CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA INFORMAR QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRANSITO, VINDO A SE LESIONAR. A VITIMA INFORMA QUE NA MANHÃ DO DIA 03/09/2019 ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTOCICLETA AS MARGENS DA BR408, ZONA URBANA DE CARPINA E QUE NO MOMENTO QUE ESTAVA FAZENDO O RETORNO NO TREVO PARA PEGAR O SENTIDO RECIFE, UM AUTOMOTIVEL FEZ UMA MANOBRA BRUSCA DE CONVERSÃO A ESQUERDA, VINDO A COLIDIR COM A SUA MOTOCICLETA. A VITIMA VEIO AO CHÃO E LOGO EM SEGUIDA SOCORRIDO POR POPULARES, SENDO LEVADO PARA UNIDADE MISTA DESSA CIDADE PARA SEREM REALIZADOS OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS. NESTA UNIDADE DE SAÚDE FORA FEITO O RAIOS X E CONSTATADO FRATURA NO PÉ ESQUERDO. NO MESMO DIA FOI CONDUZIDO ATÉ O HOSPITAL GETULIO VARGAS PARA SER FEITO UM EXAME MAIS DETALHADO. LÁ FOI COLOCADO FIXADORES NA SUA PERNA, PARA APÓS 30 (TRINTA) DIAS RETIRÁ-LOS E REALIZAR UMA CIRURGIA.

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

X *Carlos Alberto Soares da Silva*

CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Thiago dos Santos Pontes* - Matrícula: **387363-0**



KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
05/11/19





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

068.024.254-67 Carlos Alberto Soares da Silva

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 1242 CONTA: 013 79.117 3

(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 (vencidos)? ☐ 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

44 - Local e Data: 45 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 46 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 47 - Assinatura do Procurador (se houver)

48 - Local e Data: 49 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 50 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 51 - Assinatura do Procurador (se houver)

52 - Local e Data: 53 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 54 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 55 - Assinatura do Procurador (se houver)

56 - Local e Data: 57 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 58 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 59 - Assinatura do Procurador (se houver)

60 - Local e Data: 61 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 62 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 63 - Assinatura do Procurador (se houver)

64 - Local e Data: 65 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 66 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 67 - Assinatura do Procurador (se houver)

68 - Local e Data: 69 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 70 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 71 - Assinatura do Procurador (se houver)

72 - Local e Data: 73 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 74 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 75 - Assinatura do Procurador (se houver)

76 - Local e Data: 77 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 78 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 79 - Assinatura do Procurador (se houver)





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco S.A.  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-602  
CNPJ 15.835.932/0001-08 | Fone: Ext. 000943-93 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
JULIANA SOARES DA SILVA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
AV JOAQUIM PORTO LAPA 277 -A

CPF: 057.102.254-52 NIS: 22089725564

620 ANTONIO CARVALHO  
CARPINA PE  
55814-800

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA VINCULADA: MESIANO  
7009700026 09/2019  
DATA DE VENCIMENTO: 11/10/2019  
DATA DE VENCIMENTO: 10/10/2019  
TOTAL A PAGAR (R\$): 64,12

UNIDADE FISCAL	CPF	ENDEREÇO
079452807	UNICA	09/09/2019
REPRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
09/09/2019	2211852848	5017384

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,18196125	5,75
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,32911571	23,03
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	38,000000	0,48368807	18,76
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,82
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,82
ICMS Subvenção-CD-E-Nº 06950384-09/07/19			0,83
Multa por atraso-Nº 06500648 - 07/08/19			1,52
Juros por atraso-Nº 06500648 - 07/08/19			0,79
Atualização EPN-Nº 06500648 - 07/08/19			0,27
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>64,12</b>

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LETURA	ATUAL DATA	ATUAL LETURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
91808077	CAF	09/09/2019	13 794,32	09/10/2019	13 848,38	30	139,06

RESUMO DO CONSUMO		COMPOSIÇÃO DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DE TRIBUTOS	
Mês	Consumo (kWh)	Base de Cálculo	%	Valor (R\$)	Valor (R\$)
Set 19	139	139,06	100%	139,06	139,06
Out 19	147				
Nov 19	180				
Dez 19	158				
Jan 20	181				
Fev 20	145				
Mar 20	275				
Abr 20	205				
Mai 20	242				
Jun 20	232				
Jul 20	234				
Ago 20	241				
Set 20	253				

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
Pagos no prazo máximo de 30 dias após a data de vencimento da fatura. O não pagamento da fatura em prazo estabelecido acarretará a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve manter a fatura em local seguro e protegido contra danos físicos. O cliente deve manter a fatura em local seguro e protegido contra danos físicos. O cliente deve manter a fatura em local seguro e protegido contra danos físicos.

ATENÇÃO À CELPE: INFORMAÇÃO QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO					
EM ATUALIZAÇÃO: CONTAS EM ABERTO					
Vencido	Em aberto	Vencido	Em aberto	Vencido	Em aberto
1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00

SOMATÓRIO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				NÍVEL DE TENSÃO	
Característica	Valor	Limite	Limite	Tensão	Limite
DNC	0,00	0,01	0,02	220	220
PEC	0,00	0,00	0,00		
DMC	0,00	0,00	0,00		

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
05/11/19



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Alberto Soares da Silva,

RG nº 7.234.922, data de expedição 05/12/02, Órgão SDS/PE,

CPF nº 068.024.254-67 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de 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>Av. Joaquim Pinto Lapa</u>
Número	<u>277 A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>St. Antonio</u>
Cidade	<u>Carpina</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55814-600</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756</u>
E-mail	<u>marceloassessoria@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Carpina 28/10/2019

Assinatura do Declarante

Carlos Alberto Soares da Silva

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
05/11/19





CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA		01129942	898003986377
765722	MASCULINO	32a 9m 20d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 105-02



**Relatório de Alta Hospitalar**  
ORTOPEDIA/TRAUMATO

**Diagnóstico:**

HDA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO  
HD FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

**Tratamento:**

CIRURGIA  
03/09/2019.: APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO ESQUERDO  
04/10/2019.: OSTEOSSETESE DE PILÃO TIBIAL

**OBS:**

APOS VISITA DO GRUPO DO PÉ E TORNOZELO ORIENTA-SE ALTA HOSPITALAR  
RETORNO AO AMBULATORIO DO GRUPO DO PÉ COM 15 DIAS  
CEFALEXINA POR 10 DIAS  
DIPIRONA SE DOR OU FEBRE,  
NÃO PISAR

**Condições Clínicas (no momento da Alta)**

PACIENTE SEGUE NO LEITO, CONSCIENTE ORIENTADA EUPNEICA, HIDRATADA, NORMOCORADA.  
NEUROVASCULAR PERIFÉRICO PRESERVADO

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
03/09/2019	08/10/2019

Recife, 08 DE OUTUBRO DE 2019

Dr. Abílio Cruz  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 27950

ABÍLIO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ - CRM: Nº.27950

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
05/11/19

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av Gal. San Martín, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3184-5600





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

Prontuário: 01129942

Data de Nascimento: 18/12/1986

Idade: 32a 10m 4d

Sexo: MASCULINO

## RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

PACIENTE NO POS OPERATORIO DE FRATURA DE PILAO TIBIAL ESQUERDO.

EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO OSSEA E REABILITAÇÃO.

DEVE SE AFASTAR DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 90 ( NOVENTA) DIAS. APARTIR DA PRESENTE DATA.

Feito o Exame de

Observação:

CID S82.3

Manoel César Neto de S. F. Neto  
Ortopedia - traumatologia  
CRM-PE-82165

Recife, 22 DE OUTUBRO DE 2019

MANUEL RODRIGUES NETO - CRM: Nº.12926

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3184-5600

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
05/11/19





UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEAUBRIAND

No. Ocorrência: 0053054

**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

Prontuário: 00032729-8

Idade: 32 ANOS, 8 MESES E 16 DIAS

Nome: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

Dt. Nasc.: 18/12/1986 Sexo: M Est. Civil: SOLTEIRO

Endereço: AV JOAQUIM PINTO LAPA, Nº 277

CEP:

Cidade: CARPINA/PE

Bairro: SANTO ANTONIO

Nac:

Documento:

CNS:

Sis prenatal:

Tel.: (81) 3621-1011

Mãe: SILVANIA MARIA DA SILVA

Pai:

Profissão: BORRACHEIRO

Responsável:

**Últimas Ocorrências**

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
03/09/2019 07:17	0053054	ACIDENTE DE MOTO

**PRE-CONSULTA**

Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

**Queixas / Diagnóstico**

Tram-se e + escorpi  
w nic on deicete  
a Taink, fusca de  
luc

**Tratamento**

Capim luv - 10g  
sul de PE e 2/2019

**Exames complementares**

**Impressão diagnóstica**

CID

**Motivo da saída:**

Residência ☐ Internado ☐

**Justificativa:**

Encaminhado: 460 + travest  
5702 868

**Removido:**

**Óbito:**

às \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_\_

**Data saída:**

**Hora saída:**

☐ CURATIVO

**ADM MEDICAMENTO:**

☐ BÁSICO ☐ ESP

☐ NEBULIZAÇÃO

☐ RETIRADA DE PONTO

**TÉCNICO / COREN**

**Consultas / Atendimento Médico:**

☐ urgência básica

☐ urgência especializada

☐ observação básica

☐ observação especializada

MÉDICO / CRM  
Dr. Silva Dantas  
CRM 17.834

**HORÁRIO:**

**CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**

**TÉCNICO / CONSELHO**

**HORÁRIO**

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
05/11/19

Data da impressão: Terça-feira, 03 de Setembro de 2019 às 07:17

Recepcionista: TATIANA KARLA

31/16 Acidente de <sup>Acidentes CP</sup> moto <sup>no</sup> sup. ch. Chega  
o serviço com dor, edema e limitação funcional  
tomazelo e. Mantém quadro atípico.

Estável  
In / Ar / Pbd - sem act.

Col-① AVP

② translação - sup > ev / 9:47  
STO,96 - local / lenta

③ AO-HOV. traumática. 5462860

④ Inutilizar

⑤ Elevar MIE.

⑥ DT Dedizo 12 dose VAT.

Araújo  
COREN - PE  
458887.

Eligível  
Médico  
CRUPE 22803

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
8/11/19



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIUL

08R-17

*Carlos Alberto Soares da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7214922 DATA DE EXPEDIÇÃO 05.12.2002

NOME CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

FILIAÇÃO Gilson Soares da Silva  
Silvania Maria da Silva

NATURALIDADE Carpina-PE DATA DE NASCIMENTO 18.12.1986

DOC ORIGEM C.N. 21701 I-A.19, F-202v, Cart. Nazaré da Mata-PE.

ASSINATURA DO DETENTOR DO CARTÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
5/11/19

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Numero de inscrição  
**068.024.254-67**

Nome  
**CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA**

Nascimento  
**18/12/1986**

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão  
MAY 2004

**CORREIOS**  
www.receita.gov.br/cpf

