



Número: **0087506-16.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/12/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALMIR FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57059822	28/01/2020 16:25	2686757_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 29ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00875061620198172001

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **VALMIR FERREIRA 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 **14/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 16/10/2019.

Cumprе 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.

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.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DA AUSÊNCIA DE ASSINATURA NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA haja vista a ausência de assinatura no documento.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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;



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

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

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

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

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:

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 irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria 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 deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **14/08/2019**. 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 demonstrado abaixo:**



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.

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.

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



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.

CONCLUSÃO

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

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

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

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.



- 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



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando 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 sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - 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/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **VALMIR FERREIRA DA SILVA**, em curso perante a **29ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00875061620198172001.

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





28/01/2020

Número: **0087506-16.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/12/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALMIR FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57059825	28/01/2020 16:25	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595275

Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALMIR FERREIRA 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 14995620

Pag. 00405/00406 - 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, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190595275 Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALMIR FERREIRA DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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. 00259/00260 - carta_03 - INVALIDEZ

00290130



Carta nº 14957946





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, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595275

Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALMIR FERREIRA DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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. 00261/00262 - carta_03 - INVALIDEZ

00260131



Carta nº 15024584





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, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595275

Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALMIR FERREIRA 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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **VALMIR FERREIRA DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003122**

Conta: **000985460213-9**

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

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
		VALMIR FERREIRA DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
VALMIR FERREIRA DA SILVA	079.024.564-70	
Profissão:	Endereço:	Número:
GARGON	Rua JOURNAL DE ALBUQUERQUE	180-A
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	ARACUJÁ e LIMA	PE
E-mail:	CPF:	Tel. (DDD):
valmirmf@hotmail.com / 81/999441107	33.525.540	

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

RENDA MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO: ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3392 CONTA: 00016355 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS: PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário

Local e Data: Aracaju, 21/10/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

VALMIR FERREIRA DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 VD01/2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
079.024.564-70 VALMIR FERREIRA 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: VALMIR FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 079.024.564-70
7 - Profissão: GARÇON 8 - Endereço: RUA LOURIVAL DE ALBUQUERQUE 9 - Número: 180 10 - Complemento: CASA D
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ABRU E LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.560-180
15 - E-mail: ballbimespe@hotmail.com (21/999641109) 16 - Tel. (DDD): (31) 3538-0069

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\$1.000 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/TUTOR/ CURADOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3122 CONTA: 000163553 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 não há necessidade de avaliação médica por parte do Instituto Medico Legal (IML) para fins de apresentação da indenização por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 - Grau de Parentesco com a vítima: 24 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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 (vel nascit)? ☐ 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 autografado

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

36 - CPF legível da 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:

VALMIR FERREIRA DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

0002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190595275** 3 - CPF da vítima: **079.024.564-70** 4 - Nome completo da vítima: **VALMIR FERREIRA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **VALMIR FERREIRA DA SILVA** 6 - CPF: **079.024.564-70**

7 - Profissão: **CARÇON** 8 - Endereço: **RUA LOURIVAL DE ALBUQUERQUE** 9 - Número: **180** 10 - Complemento: **CASA: A**

11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **ABRU E LIMA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55.560-180**

15 - E-mail: **balbinoespe@hotmail.com (83) 999441109** 16 - Tel (DDD): **(81) 3538-0069**

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

☒ BANCÁRIO ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR E CURADOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3122** CONTA: **985460213** 9

(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, para todos os fins de direito, que não há laudo do Instituto Médico Legal (IML) que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou que o IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou que o IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda 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 5.104/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Declaro, para todos os fins de direito, que não há outros beneficiários do Seguro DPVAT, exceto os abaixo declarados, e que os mesmos não são beneficiários de outro Seguro DPVAT.

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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(s) vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 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: **Abreu e Lima/PE em 13/11/2019**

VALMIR FERREIRA DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

101 Y002/2019

of 2

16/10/2019 16:31



554940
0366640/19

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - 1ª SEP - 0ª CIRC
DIM/3ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0099002766

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/10/2019 às 17:10

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Deloso (Consumado) que aconteceu no dia 14/8/2019 às 01:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RECIFE, 1 - Bairro: AREIAS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A FARMACIA PAGUE MENOS.**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
VALMIR FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **VALMIR FERREIRA DA SILVA**
REINO ANIMAL: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

VALMIR FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ERENITA MARIA CELESTINO Pai: BENEDITO FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 8/8/1988 Naturalidade: PANELAS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7188521/SD/PE (RG), 07382486478 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: GARÇOM Telefones Celulares: 81388642785

Endereço Residencial: RUA PALMEIRINHA, 113, O MESMO RES: TRAVESSA PALMEIRINHA, Nº 113- ARTUR LUNDREN I- PAULISTA-PE. - CEP: 55000-000 - Bairro: ARTUR LUNDREN - I- PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): VALMIR FERREIRA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): VALMIR FERREIRA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 UNO 2008 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE)



Placa: **PFT3458 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**

CARROÇA (REINO ANIMAL) de propriedade do(a) Sr(s): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

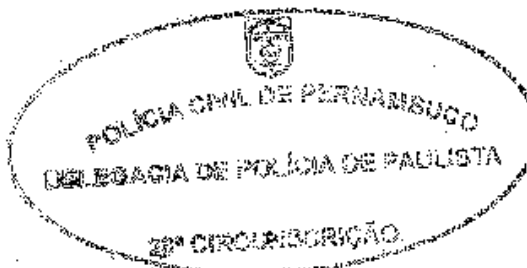
DECLARA A VITIMA QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO ESTAVA SAINDO DO TRABALHO COM DESTINO A SUA RESIDENCIA COLIDIU VIOLENTAMENTE COM UM CARROÇA, QUE ENCONTRAVA-SE ESTACIONADA NO LITO DA VIA EM TELA QUE APÓS O IMPACTO O MESMO VEIO A CAIR AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DO ESPIRITO SANTO FICANDO INTERNADO POR TRÊS DIAS, QUE NO DIA 04/03/2019, RETORNOU AO HOSPITAL EM TELA PARA REALIZAR A SEGUNDA CIRURGIA FICANDO INTERNADO POR DOIS DIAS. A MOTOCICLETA ACIMA CITADA É DE PROPRIEDADE DE: SONILLE DE SOUZA SANTOS, RG DE Nº 9.338.008/SSG/PE E CPF DE Nº 122.786.114-84. PELO FATO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIA QUE O CASO REQUER, CASO AFETO A DP. DE JARDIM SÃO PAULO.

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

VALMIR FERREIRA DA SILVA
VALMIR FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOAO VIRGINIO ALVARO FILHO - Matrícula: 351061-3

[Handwritten signature]





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
		VALMIR FERREIRA DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
VALMIR FERREIRA DA SILVA	079.024.564-70	
Profissão:	Endereço:	Número:
GARGON	Rua JOURNAL DE ALBUQUERQUE	180-A
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	ARACUJÁ E LIMA	PE
E-mail:	CPF:	Tel. (DDD):
valmirmf@hotmail.com / 81/999441107	53.525.540	

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

RENDA MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO: ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3392 CONTA: 00016355 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário

Local e Data: Aracaju, 21/10/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

VALMIR FERREIRA DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS-001 VD01/2018



PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	113.08.2019
DATA	03.09.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **VALMIR FERREIRA DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **7156521** SDS/PE e inscrito no CPF/AIE sob nº **079.024.564-70**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-666989**, que no dia 14 de agosto de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo carroça e moto, por volta das 01h, na Avenida Recife, em frente a Churrascaria Pajutara, imediações da Farmácia Pague Menos, no bairro Areias, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Hapvida Espinheiro. Recife, 03 de setembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450



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: 28/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALMIR FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000985460213-9

Nr. da Autenticação CC660AAE3CD0C0EC





Ter a Social de Energia Elétrica Celpe pela Lei 10.483, de 2002
Comissão Reguladora de Energia
Av. João de Barros, 11, Boa Vista, Recife - PE, CEP 51201-902
CNPJ 10.335.925/0001-26 | Tels. (81) 3145-45 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
WALDIR VERMEIRA DA SILVA

CPF: 079.074.084-70

CLASSIFICAÇÃO
BT - RESERVAÇÃO
RESERVAÇÃO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA LUIZ VALDE ALBUQUERQUE 180 D
CENTRO AMARAL E LIMA
ARRELI LIMA PE
53660-130

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
82,34.0000	0,7764672	84,06
Consumo Atual (kWh)		84,06
Acrescimo Saneamento AMARELA		0,00
Acrescimo Consumo VERMELHA		0,00
Consumo Hum. Fixado Municipal		0,00
Consumo Saneamento CDE-PE 0570/6536 - 2006/11		0,00
Multa por atraso NF 07395/082 - 2407/11		0,00
Multa por atraso NF 07395/082 - 2407/11		0,00
Acrescimo GPM-PE 07395/082 - 2407/11		0,00

NR DO	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	DESE	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
001000000	001	24-07-2010	1722,00	2512,00	2712,00	0,0000		82,34

DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
Consumo Atual	84,06	Consumo Atual	84,06
Consumo Saneamento	0,00	Consumo Saneamento	0,00
Consumo Consumo	0,00	Consumo Consumo	0,00
Consumo Hum. Fixado	0,00	Consumo Hum. Fixado	0,00
Consumo Saneamento CDE-PE	0,00	Consumo Saneamento CDE-PE	0,00
Multa por atraso NF	0,00	Multa por atraso NF	0,00
Multa por atraso NF	0,00	Multa por atraso NF	0,00
Acrescimo GPM-PE	0,00	Acrescimo GPM-PE	0,00

Consumo Atual	84,06	Consumo Atual	84,06
Consumo Saneamento	0,00	Consumo Saneamento	0,00
Consumo Consumo	0,00	Consumo Consumo	0,00
Consumo Hum. Fixado	0,00	Consumo Hum. Fixado	0,00
Consumo Saneamento CDE-PE	0,00	Consumo Saneamento CDE-PE	0,00
Multa por atraso NF	0,00	Multa por atraso NF	0,00
Multa por atraso NF	0,00	Multa por atraso NF	0,00
Acrescimo GPM-PE	0,00	Acrescimo GPM-PE	0,00

ATENÇÃO: AVENIDA BRASIL - MUN. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53520-170

JACQUELINE ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRICULA: 103886667
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-17
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103886667

VIAÇÃO DE AGUA LIGADO	SITUAÇÃO DE AGUA POTENCIAL	RESIDENCIAL	INDUSTRIAL	POLITICA
1	1	1	1	1
ACQUETRO A17S224252	DATA DE INÍCIO 30/07/2019	DATA DE FIM 29/08/2019	TIPO DE CONSUMO (LITROS) MEDIA HD	

FAIXA:
LEIT AXI: 3 CONSUMO: 1
LEIT ATU: 3
LEIT FAT: 3 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERENCIA CONSUMO

07/2019 01
06/2019 01
05/2019 01
04/2019 01
03/2019 01
02/2019 01
MEDIA: 01

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
	EXTG. POR MS	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN.	EGIS
TURBIDEZ	83	83	82	82
COR APARENTE	83	83	80	80
CLORO RESIDUAL	83	83	81	81
COLIF. TOTAIS	83	83	82	82
F. 25	83	83	83	83

Qualidade de Agua: www.compsa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COEFICIENTES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO-
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA AGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1 M3	44,08
CONSUMO DE AGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)	0 M3	64,84
CONSUMO DE AGUA		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2019		2,10
JURAS DE MORA 05/2019 06/2019		1,99

108,92	1,85	1,30
108,92	7,62	8,23

VENCIMENTO: 30/08/2019 TOTAL A PAGAR: 113,01



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Valmir Ferreira Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.024.564-70 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima Valmir Ferreira Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.024.564-70, 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 Lider-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. 298 do Código Penal.

Endereço	AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número	200	Complemento	CASA
Bairro	TIMBÓ	Cidade	ABREU E LIMA		Estado	PE
Email: balblnospe@hotmail.com			Telefone Comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
			(81) 3538.0069		(81) 98721.5834	

Abreu e Lima 21 de Outubro de 2019.

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, SONIELLE DE SOUZA SANTOS

RG nº 9.338.608, data de expedição 16/08/19

Órgão SPS, portador do CPF nº 122.789.114-04

com domicílio na cidade de Jaboatão dos Guararapes, no Estado de

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

Rua José Brás Moscou, nº 4350

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

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

VALMIR FERREIRA DA SILVA, cujo o condutor era

VALMIR FERREIRA DA SILVA

Veículo: HONDA NXR 150 Modelo: BROS ESO Ano: 2012/2012

Placa: PFV 3459 Chassi: 9E2KD0540ERS62057

Data do Acidente: 14/08/2019

Local e Data: Jaboatão dos Guararapes 24/09/2019



Sonielle de Souza Santos Vieira

Assinatura do Declarante

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





PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	113.08.2019
DATA	03.09.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **VALMIR FERREIRA DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **7156521** SDS/PE e inscrito no CPF/AIE sob nº **079.024.564-70**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-666989**, que no dia 14 de agosto de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo carroça e moto, por volta das 01h, na Avenida Recife, em frente a Churrascaria Pajutara, imediações da Farmácia Pague Menos, no bairro Areias, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Hapvida Espinheiro. Recife, 03 de setembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450





FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

29/08/2019 09:50

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/09/1986	Atendimento: 18892029	Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300212/4	
Profissional(is):	Nº: 14482945 14/08/2019 às 01:48		
EOLINO ALVES COUTINHO CRM 11699 (1) LUIZ MARCELO CORREIA JÚNIOR CRM 19847 (2)			
ANAMNESE			
Queixa Principal	RELATO DE ACIDENTE D EMOTO COM DOR EM PÉ/TNZ DIRETO; NEGA OUTRAS QUEIXAS		[2]
Queixa Principal			
CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE		[2]
Alergias	Não		[2]
Medicação Em Uso	Não		[2]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[2]
EXAME FÍSICO			
Aspecto Geral	RELATO DE ACIDENTE D EMOTO COM DOR EM PÉ/TNZ DIRETO; NEGA OUTRAS QUEIXAS		[1]
Nível De Consciência	0		[2]
Resposta Motora	6		[2]
Resposta Verbal	5		[2]
DIAGNÓSTICO			
CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE		[2]
CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE		[2]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			





FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

29/08/2019 08:50

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/09/1980	Atendimento: 18682028	Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 500212/4	
Profissional(is): LUIZ MARCELO CORREIA JUNIOR CRM 15647 (1)	Nº: 14492967	14/08/2019	às 02:08

ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC. AGUARDANDO SOBREAVISO PARA PROGRAMAR CIRURGIA.	[1]
Queixa Principal		
CID10	S83 LUXAÇÃO, ENTORSE E DISTENSÃO DAS ARTICULAÇÕES E DOS LIGAMENTOS AO NÍVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC. AGUARDANDO SOBREAVISO PARA PROGRAMAR CIRURGIA.	[1]
Nível De Consciência	0	[1]
Resposta Motora	0	[1]
Resposta Verbal	5	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S83 LUXAÇÃO, ENTORSE E DISTENSÃO DAS ARTICULAÇÕES E DOS LIGAMENTOS AO NÍVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]
CID10	S83 LUXAÇÃO, ENTORSE E DISTENSÃO DAS ARTICULAÇÕES E DOS LIGAMENTOS AO NÍVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE





FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

29/08/2019 09:50

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA Dt. Nasc.: 08/09/1986 Atendimento: 18632029 Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Letto: 300217/1
Profissional(is): EULINO ALVES COUTINHO CRM 11639 R1 N°: 14483852 14/08/2019 às 07:39

ANAMNESE

Queixa Principal SOLICITO RX DE PERNA DIR [1]
Queixa Principal
CID10 S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO [1]
Alergias Não [1]
Medicação Em Uso Não [1]
Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral SOLICITO RX DE PERNA DIR [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO [1]
CID10 S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE





FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

28/08/2019 09:50

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/09/1986	Atendimento: 18632029	Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA	Posto: PÓSTO EMERGÊNCIA - HE	Leito: 300217/1	
Profissional(is): EULINO ALVES GÓTIMO CRM 11892 R1	Nº: 14484746	14/08/2019	às 08:55

ANAMNESE

Queixa Principal

SOLICITADO CIRURGIA DE URGÊNCIA PARA ESSE PACIENTE
DR ADALTO QUE IRÁ OPERAR
FAÇO INTERNAMENTO E SOLICITO MATERIAL

[1]

Queixa Principal

S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

[1]

CID10

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

[1]

CID10

S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE





RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Página 1 de 1

29/08/2019 09:50

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/09/1968	Atendimento: 58232029	Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 303217/1	
Profissional(is): EULINO ALVES COUTINHO, MÉDICO, CRM 11698 RJ	Nº: 14484759	14/08/2019	às 08:57
SINAIS VITAIS			
Dispensar Sinais Vitais	Sim		[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Plano Terapêutico	TRATAMENTO CIRURGICO 03 DIAS		[1]
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.		[1]



FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
18636164

15b c"

14/08/2019 17:57:02

PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
7256414	VALMIR FERREIRA DA SILVA	M	08/09/1986	32
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
8084143 SDS PE	7902466470		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R CAPITAO JOSE PRIMO 404 CAETES VELHO ABREU E LIMA-PE GER:53560120				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
		ERENITA MARIA CELESTINA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
300380-RECEPCAO EMERGENCIA - HE			
Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
14/08/2019	11:40		
Médico Atendente			Clinica
1425084 EULINO ALVES COUTINHO			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
1425084 EULINO ALVES COUTINHO			0 INTERNAÇÃO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convênio	Plano	RESTAURANTE PONTEIRO LTDA
3002-HA-VIDA	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
B5156000083009022		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
RPA - RECUPERACAO POS-ANESTESICA	LPA-05 LEITO 05	01	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
13939838	99998888	D24329064	INTERNAÇÃO
13939838	33728157	D24329064	FRATURA E/OU LUXACOES DO PE (EXCETO ANTEPE) - TRATAMENTO CIRURGICO
Material - 99800406 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 MM - QTDE: 8			
Material - 99832714 - PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3.5 MM ICLUI PARAFUSOS - QTDE: 1			

R4310RI - ALEXANDRE HENRIQUE FERNANDES REIS

FICHA DE ANESTESIA		Data	Hospital	Acostuma
Paciente: <u>Valmir Ferreira da Silva</u>		<u>14/08/19</u>	<u>de Espirito Santo</u>	
Sexo: <u>M</u>	Idade: <u>32</u>	Fluor: <u>I</u>		
Nome do Anestesiologista: <u>Dr. Alexandre Reis</u>	Nome do Cirurgião: <u>Dr. Adriano Felino</u>			
Medicação Pré-anestésica: <u>Dr. FASEK 14</u>	AT: <u>18636163</u>		Urgência: <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM	
Cirurgia: <u>Tumor e linfonodos do n.º Ganglio axilaar) no</u> <u>comum</u>				

Horário	Temperatura	Pulso	Pressão	Saturação	ETCO ₂	ECG	Observações	Drogas Usadas	Quantidade
15:00	36.0	120	120	100				Propofol	15mg
16:00								Resaca 0.5%	
17:00								Dimorfo 2	0.04
								Lidocaina 2	200
								Sfao	
								Cefazolinaz	0.2g
								Naloxona 8	8
								Decalson 1	10
								Diploam 9.5	0.2g
								Fraxatol 10	100
								Milegdom 16	0.6
								Etomid 0.10	10.1

Monitorização	Respiratório	Circulatório	Intervenção
<input checked="" type="checkbox"/> Cardíaco <input checked="" type="checkbox"/> Pulso <input checked="" type="checkbox"/> PNI <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Capnógrafo <input type="checkbox"/> Espm. Pré-Cardíaco <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Swan-Ganz <input type="checkbox"/> Analizador Gases <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo <input type="checkbox"/> Linha Arterial <input type="checkbox"/> Volutra ICP Plus	<input checked="" type="checkbox"/> Sonda de <input type="checkbox"/> Sonda de <input type="checkbox"/> Sonda de <input type="checkbox"/> Sonda de <input type="checkbox"/> Sonda de <input type="checkbox"/> Sonda de <input type="checkbox"/> Sonda de <input type="checkbox"/> Sonda de	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Descrição: Observações:

Dr. Alexandre Reis
Médico
CRM 12404



ULTRA SOM SERV MED LTDA -HE

14/08/2019 15:45

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/09/1906	Atendimento: 18635184	Prontuário: 7258414
Convênio: HAPVIDA	Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE	Leito: LPA-C2/1	
Profissional(is): ADALTO TELINO ALEXANDRE REIS	Nº: 14501267	14/08/2019	às 18:39
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S923		[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S923		[1]
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	14/08/2019		[1]
Hora Da Cirurgia	18:38		[1]
Cirurgia	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DE LISFRANC DIREITO		[1]
Cirurgião	ADALTO TELINO		[1]
Anestesieta	ALEXANDRE REIS		[1]
Instrumentador	VIVIANE E ISABEL		[1]
Descrição Cirúrgica	1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA 2. REALIZADA VIA DORSAL DO PE ENTRE O 1º E 2º RAIOS + DIVULSAO POR PLANOS 3. REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO COM 08 PARAFUSOS DA ARTICULAÇÃO TARSO-METATARSAL DO 1º E 2º RAIOS 4. OBSERVADA BOA REDUÇÃO + ESTABILIDADE ADEQUADA DA ARTICULAÇÃO TARSO-METATARSAL + BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES ATRAVES DE ESCOPIA 5. SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL 2 E NYLON 4-0 6. OBSERVADA INSTABILIDADE LIGAMENTAR DO TORNOZELO 7. REDUÇÃO FECHADA DO TORNOZELO + TALA GESSADA (TRATAMENTO CIRÚRGICO EM SEGUNDO MOMENTO) 8. CURATIVO ESTÉRIL		[1]

Adalto Telino
Médico
CRMESP: 187373



Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA		Dr. Rosc. 08081986		Atendimento: 18636164	
Convênio: HAPVIDA		Nº Prescrição: 10728359		Data: 14/08/2019 às 16:29	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESIA		Lêitor: IPA-021		Peso: 85.00 kg	
1. DILAT. GERAL: ADULTO PARA A IDADE					
2. Hidratação Venosa		Fase Única		Vol. Total: 1000 ml	
3. RINGER COM LACTATO		35.71 ml/calda		1900 ml	
3. CEFALOTINA (1.00g) ID12		1g		1 PRAP (PRAP CI 1GR) 60h EV	
4. TRAMADOL (50.00mg/ml)		100mg		2ML (AMPL CI 100MG) 60h EV	
5. OMEPRAZOL (40.00mg)		40mg		1 PRAP (PRAP CI 40MG) 24/24h EV	
6. PLAVIX (6.00mg/ml)		10mg		2ML (AMPL CI 10MG) 96h EV	
7. DIPIRONA (500.00mg/ml)		1000mg		2ML (AMPL CI 500MG) 60h EV	
8. NARCAN (0.40mg/ml)		0.4mg		1ML (AMPL CI 4MG) EV	
9. CURATIVO MEDIO					
10. RINÇAO CL JEICO					
11. SINAIS VITAIS					
12. CUIDADOS GERAIS					
13. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHADA					
Profissionais: CRM-12904		ALEXANDRE HENRIQUE FERNANDES REIS		Dr. Alexandre Reis Médico CRM 12904	

RP1841

ALEXANDRE HENRIQUE FERNANDES REIS

IP: 10.1.32.205

14/08/2019 16:35

102449
102449

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Página 1 de 3

Emissão: 14/08/2019 16:28

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA
Convenio: HÁPIDA
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESIA

Dr. Nasc.: 06/09/1968
Nº Prescrição: 0019728368
Leitor: (PA-021)

Atendimento: 18836164
14/08/2019 às 16:29
Peso: 85.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

2424h ORAL

HORÁRIOS

2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total: 1000 ml	14.00 gts/min Acesso Periférico	18:00
3. CEFALOTINA (1.00g) (0/12)	36.71 ml/Coletada	1g	1 FRAP (FRAP 0.1g) 6/6h	EV
	Água Destilada	10 ml		18:00
4. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100 mg	2ml (AMP 0.100mg)	6/6h	EV
	Soro Fisiológico	100 ml		SN
5. OMEPRAZOL (40.00mg)	40 mg	1 FRAP (FRAP 0.40mg) 24/24h	EV	06:30
	Água Destilada	18 ml		
6. PLAVET (5.00mg/ml)	10 mg	2ml (AMP 0.10mg) 8/8h	EV	22:30
	Água Destilada	18 ml		15:08-06:00
7. DIFENONA (500.00mg/ml)	1000 mg	2ml (AMP 0.500mg) 8/8h	EV	15:08-06:00
	Água Destilada	18 ml		15:08-06:00
8. NARCAN (0.40mg/ml)	0.4 mg	1ml (AMP 0.4mg)	EV	ACM
				15:08-06:00
9. CURATIVO MEDIO				
10. FUNICAO C/ FELCO				
11. SINAIS VITAIS				8/8h
12. CUIDADOS GERAIS				8/8h
13. OUBATIVO COM ATADURA E GAZE				

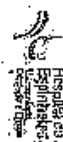
RP-631

PRESENÇA DE VALMIR FERREIRA DA SILVA

14/08/2019 16:29

RP-10132.2018

Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

folha 2 de 3

Emissão: 14/08/2019 10:26

Paciente: VALMIR PEREIRA DA SILVA Dt. Nasc.: 08/09/1986 Atendimento: 18638164 Pronto-socorro: 7256414
Convênio: HAPVISA Nº Prescrição: 0010720358 14/08/2019 às 16:29
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESICA Leito: LPA-02/1 Peso: 82,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

ACORDADA

Reservado para o SIND

ENFERMEIRO

Ass:

Legenda horário: ☒ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

Dr. Danilo José de L. Santos
Médico
085812043310

RPA01

BRUNDA NEIRIDE LIMA SOARES

14/08/2019 10:29

IP: 10.132.216





REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

14/06/2019 18:52

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasco: 08/09/1986	Atendimento: 18835184	Prontuário: 7266414			
Convênio: HAPVICA	Posto: POSTO 1 1 ANDAR - HE	Leito: 107-P1/1				
Profissional(is):	Nº: 14502822 14/06/2019 às 18:48					
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES MANUTENÇÃO						
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDE						
Hora	18:00		[1]			
Hora						
Descrição	recebo paciente vindo proveniente do bloco cirurgico após tratamento cirurgico de fratura de pé, consciente, orientado, com svp, repouso no leito. segue aos cuidados de enfermagem e medicado com + asvv.		[1]			
Hora			[1]			
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOTE						
CUIDADOS DE ENFERMAGEM						

Estelita Batista
Viz. de enfermagem
COREN - 845.933

Maria Eduarda de M. Vêncio
COREN-PE 135.093-TE





REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SÔM SERV MED LTDA - RÊ

15/08/2019 09:09

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/09/1986	Atendimento: 18656164	Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA	Posto: ROSTO 1 LANDAR - HE	Letto: 107-P1/1	
Profissional(19): ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	Nº: 14503691	14/08/2019	às 18:59
MODERIMENOS DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM			
PROCEDIMENTOS DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM			
PROCEDIMENTOS DE OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM			
Hora	19hs		[1]
Hora			
Descrição	recebo paciente vindo proveniente do bloco cirúrgico após tratamento cirúrgico de fratura de pé, quadrilante, orientado, feito swp, repouso no leito, seguimento cuidadosa da enfermagem e medicação opitil, p. asv.		[1]
Hora	22hs		[1]
Hora			
Descrição	pac. medicado c.p.m asvvt+ccgg		[1]
Hora	24hs		[1]
Hora			
Descrição	pac. medicado c.p.m asvvt+ccgg		[1]
Hora	06hs		[1]
Hora			
Descrição	pac. medicado c.p.m asvvt+ccgg		[1]

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
COREN-PE 556.674-7E





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

14/08/2019 23:59

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/09/1986	Atendimento: 18836154	Prontuário: 7253414
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1 ANDAR - HE	Leito: 107-P1/1	
Profissional(is): JANAÍNA SOARES FERREIRA CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	Nº: 14504180	14/08/2019	às 20:58
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolution de Enfermagem	HD: PCT EM PQI DE FRAT DE ANTEPÉ D		[1]
	PCT COM EGREGULAR, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, HIDRATADO, NORMOCORADO		
	EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO		
	DIETA VO TOLERADA		
	REPOUSO NO LEITO		
	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
	FO COM CURATIVO OCLUSIVO + TALA GESSADA, REALIZADO RX DE CONTROLE		
	DIURESE PRESENTE		
	SEM QUEIXAS		
	SEGUR AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
ALERGIAS			
ALERGIAS	NEGA		[1]
AVALIAÇÃO DE DOR			
Dor (0 A 10)	2		[1]
AVALIAÇÃO DE RISCO			
Flabite	Sim		[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim		[1]
DISPOSITIVOS			
Acesso Venoso Periférico	Sim		[1]

Janaína Soares
Enfermeira
COREN-PE 335.918-ENF

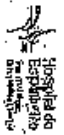
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: **YANIR FERRERA DA SILVA** Idade: **36 ANOS** Sexo: **M** Atualização: **15/09/2019 10:09**
 Convênio: **HIPVITA** Nº Prescrição: **10731080** 15/09/2019 às 10:09 Pronúncia: **7256414**
 Posto: **POSTO 1 AMIPAR - HE** Ref: **107-P11** Peso: **85,00** Kg

1. DIETA: OBRA-ALIMENTO PARA A IDADE	24/24h	ORAL	14,00	g/medida	Acesso Periférico	CRM-16684
2. Hidratação: Verificar	Fase Única	Vol. Total: 1000 ml	1000	ml		CRM-16684
3. CEFALOTINA (1,00g)	Agua Destilada	1g	1g	FRAP C/ 1GR	Q8h	EV
4. NARCAN (0,40mg/ml)	Agua Destilada	0,4mg	1ml	(AMPL C/ 4MG)	Q8h	EV
5. OMEPRAZOL (40,00mg)	Agua Destilada	40mg	1FRAP	(FRAP C/ 40MG)	24/24h	EV
6. PLAVIC (5,00mg/ml)	Agua Destilada	10mg	2ml	(AMPL C/ 10MG)	Q8h	EV
7. OLIPICINA (500,00mg/ml)	Agua Destilada	100mg	2ml	(AMPL C/ 500MG)	Q8h	EV
8. TRAMADOL (50,00mg/ml)	Soro Fisiológico	100mg	2ml	(AMPL C/ 100MG)	Q8h	EV
9. CURATIVO MIELO						
10. SUPLEN VITAL						
11. CUIDADOS GEMAS						
12. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA						

Dr. José Venâncio de Oliveira Junior
 Tratando o paciente
 em nome do Hospital
 Quilombo da Serra





PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Página 1 de 3
Emissão: 15/08/2019 15:46

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA
Convênio: HAPVIDA
Posto: PÓRTO 1 LANDAR - HE
Dt. Nasc.: 08/08/1986
Nº Prescrição: 0010731080
Leitor: 107-P/17
Atendimento: 18534164
15/08/2019 às 10:08
Peso: 85,00 kg
Prontuário: 7256414

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORARIOS

1. DIETAGERA - ADULTO / PARA A IDADE		24/24h	GRAL		
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total: 1000 ml	14,00 gts/min	Acesso Periférico	12:00
3. RINGER COM LACTATO	35,71 ml/Kcal/dia	-1000 gtl			
3. DEPALOTINA (1.00g)	1g	1FRAP (FRAP C/150)	6/6h	EV	12:00 - 18:00 16:00 - 00:00
	Água Destilada	10ml			
4. NARCAN (0,40mg/ml)	0,40mg	1ML (AMPOL C/ 4MG)		EV ACM	
		DILUIR EM AMP + SF 0,9 % 200 ML EV 45' SERETENÇÃO URINARIA OU PRURIDO			
5. OMEPRAZOL (40,00mg)	40mg	1FRAP (FRAP C/ 40MG)	24/24h	EV	06:00
	Água Destilada	18ml			
6. FLAMET (5,00mg/ml)	10mg	2ML (AMPOL C/ 50MG)	8/8h	EV	14:00 - 22:00 16:00 - 06:00
	Água Destilada	18ml			
7. DIFERONA (500,00mg/ml)	1000mg	2ML (AMPOL C/ 500MG)	6/6h	EV	12:00 - 18:00 16:00 - 00:00
	Água Destilada	18ml			
8. TRAMADOL (50,00mg/ml)	100mg	2ML (AMPOL C/ 100MG)	8/8h	EV	
	Soro Fisiológico	100ml			
9. CURATIVO MEDIO	Ata. vaginal				11:00
9. SINUS VITAIS		6/6h			12:00 - 18:00 18:00 - 00:00
10. CUIDADOS GERAIS		8/6h			

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
28/01/2020 16:25:32



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

EMISSÃO 15/08/2019 15:49

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	DT. Nasc.: 08/09/1938	Altura: 18636164	Peso: 85.00 kg	Prontuário: 7260414
Convenção: HAPVIDA	Nº Prescrição: 2010731080	15/08/2019 às 10:09		
Posto: POSTO 1 TANDAR - HZ	Letto: 107-P141			
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
HORÁRIOS				
12:00	18:00	18:00	00:00	
14:00				
12: CURATIVO COM ATADURA E GAZE				
AGENDADA				
Alta em: 15/08/2019				
Alta dada por: ARTHUR TORRES LAGE				

Assinatura para o SIND

EXTERIOX

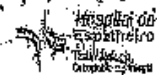
Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.
☐ Indica item a ser administrado.

THATYANNE ANDRADO MOREIRA

15/08/2019 15:49





REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 4 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

15/08/2019 15:52

Paciente:	VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Nasc.:	08/09/1985	Atendimento:	18836164	Prontuário:	7256414
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	POSTO 1 ANDAR - HE	Leito:	107-P1/1		
Profissional(s):	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, N°: 14518500 15/08/2019 às 15:44						
PROCEIMINUTOS E OBSERVAÇÕES							
Hora	07:00						[1]
Hora							
Descrição	EVOLUO. PACIENTE EGR. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, CONTACTUA VERBALMENTE, EM REPULSO NO LEITO, COM AVP EM MSD, F.O EM MD, DIET. A POR V.O COM BOA ACEITAÇÃO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES.						[1]
Hora	12:00						[1]
Hora							
Descrição	VERIFICADO SSVV, MEDICADO CPM.						[1]
PROCEIMINUTOS E OBSERVAÇÕES							
Hora	14:00						[1]
Hora							
Descrição	PACIENTE MEDICADO CPM.						[1]
Hora	16:30						[1]
Hora							
Descrição	PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.						[1]
PROCEIMINUTOS E OBSERVAÇÕES							
CUIDADOS DE ENFERMAGEM							

Elasir Silva
Nº. 14518500
CNPJ Nº 17.179





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - ME

15/08/2019 15:47

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA	Dt. Naso.: 08/09/1985	Aterdimento: 18836164	Prontuário: 7256414
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1 MANOAR - HS	Leito: 107-P1/1	
Profissional(a):	THAYLA VIANA CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	Nº: 14516458	15/08/2019 às 15:41
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução da Enfermagem			
HD: 1º DPO DE LESÃO DE LISFRANC DIREITO (ANTE PÉ) [1]			
08:00hs Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, eupneico em ar ambiente, anictérico, normocorado; estável, tórax simétrico, MVA; AVP em MSD pérylc, dieta via oral com boa tolerância, abdome plano, flácido e indolor a palpação, RII+, diurese presente, sem queixas no momento. Segue aos cuidados da enfermagem.			
15:40hs Em tempo, paciente recebe alta hospitalar, realizado RX de controle, retirado A.V.P.			
DISPOSITIVOS			
Acesso Venoso Periférico Sim [1]			

Thayla Viana Cordeiro de Mello Junior
Enfermeira
CREN: 599129





EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

15/08/2019 16:15

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA

Di. Nasco: 08/08/1965

Atendimento: 10826164

Fronteira: 7258414

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1 1ANDAR - HE

Leito: 107317

Profissional: ALEXANDRE DE LACERDA JUNIOR, DPO, ORTOP

Nº: 14513011 - 15/08/2019 - 16:15

SEERH - UNIDADE DE EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

#GRUPO DE MEDICINA E CIRURGIA DO PÉ E TORNOZELO
1 DPO DE FRATURA DE LISFRANC NO PÉ DIREITO

PACIENTE EVOLUINDO SEM DOR, SEM OUTRAS
INTERCORRÊNCIAS

EGC, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL
BOA PERFUSÃO E SENSIBILIDADE EM MEMBRO OPERADO

RC: MOSTRA BOA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DA SINTESE

CD: ALTA COM ANTIEMÉTICO, ANALGESIA EXCELTO, RETORNO P
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL


20/08/20





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1
Data: 29/08/2019 09:50

Paciente: VALMIR FERREIRA DA SILVA		Dt. Nasç: 08/09/1986		Assinatura: 18432129	
Convênio: IAPYDA		Nº Prontuário: 10720099		Exatidão: 256414	
Posto: POSTO EMERGENCIA - HE		Leito: 33212/4		Peso: kg	
1. IPRAMAL (500mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	Agua	EV	CRM-19647
2. DIBRONA (500mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	Agua	EV	CRM-19647
3. PROFENID IV (100mg/ml)	100 mg	1 PRAP (PRAP C/ 100MG)	Agua	EV	CRM-19647
4. INALABOL		Agua			CRM-19647
5. SANCAROL (1000)		Agua			CRM-19647
6. SANCAROL (1000)		Agua			CRM-19647
7. DIBRONA (500mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	Agua	EV	CRM-11699
8. DIBRONA (500mg/ml)	10 mg	2,5 ML (AMPL C/ 4MG)	Agua	IM	CRM-28051
9. PROFENID IV (100mg/ml)	100 mg	1 PRAP (PRAP C/ 100MG)	Agua	EV	CRM-19647

Beneficiário: CRM-11699
CRM-28051
CRM-19647

EUINO ALVES COELHO

GEORGE BRAGA ALMEIDA

HEMILIO CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

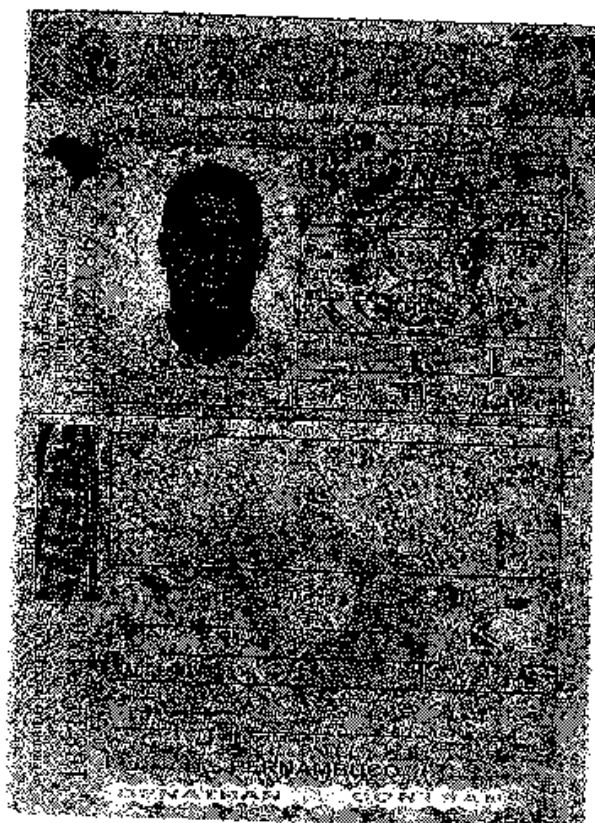
3P1541

ROMULO VALENTIN DA SILVA

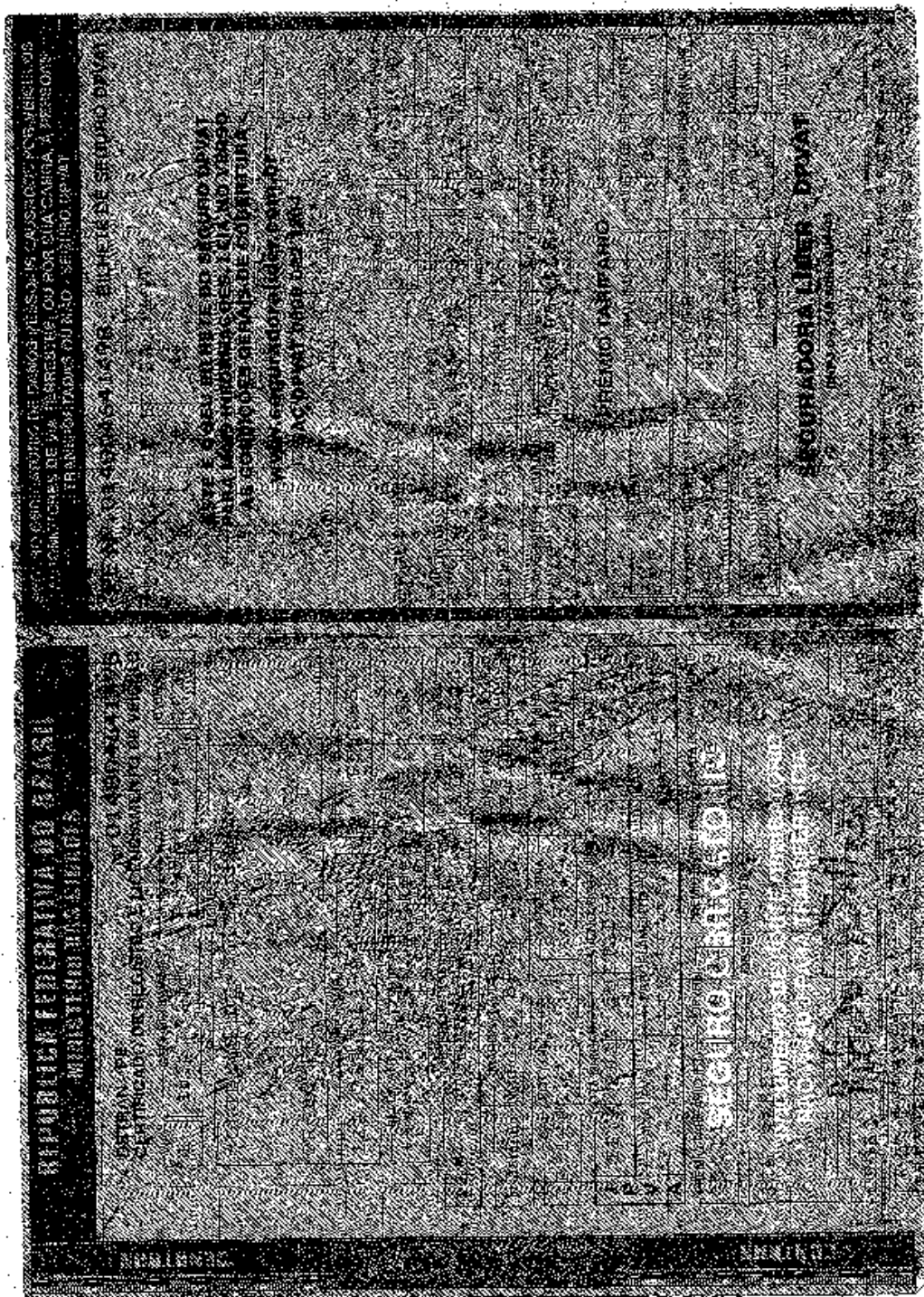
IP: 10.1.32.106

29/08/2019 09:50

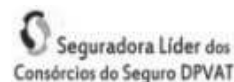
29/08/2019 09:50







RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366640/19

Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

CPF: 079.024.564-70

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 14/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALMIR FERREIRA DA SILVA

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

VALMIR FERREIRA DA SILVA : 079.024.564-70

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: 21/10/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/10/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190595275 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 14/08/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1º E 2º METATARSOS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 9.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190595275 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 14/08/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1º E 2º METATARSOS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 9.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: VALMIR FERREIRA DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADO Profissão: GARÇON
Identidade: 7156521 SOS/PE CPF: 079.024.564-40
Endereço: RUA JOURNAL DE ALBUQUERQUE, Nº 180-A
CENTRO, ABRÃO E LIMA/PE, CEP 53.525.540

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE, Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 14/08/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Cartório
Alfredo Mariano

ABRÃO E LIMA 14/08/2019
Local e data

VALMIR FERREIRA DA SILVA

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO ALFREDO MARIANO - TEL. ALFREDO MARIANO DE BRITO - Têlex 505
Rua Cel. Ulisses Rêgo de Siqueira, 51 Centro, Abreu e Lima/PE - CEP: 53.525.600
(11) 3332.1084 / 3541.8972 - cartorioalfredomariano@ig.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de VALMIR FERREIRA DA SILVA.
Abreu e Lima/PE, 16/09/2019 16:01:18, em testemunho da verdade.
Enrolamento: 3.99 TSNR: 0.80 TSM: 0.04 FUNSEG: 0.06 Total: 4.91
R\$ 5.000,00

Selo Digital: 0176607 EDP05201901700000

Maria José Carneiro da Silva



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366640/19

Número do Sinistro: 3190595275

Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

CPF: 079.024.564-70

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 14/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALMIR FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

VALMIR FERREIRA DA SILVA : 079.024.564-70

Autorização de pagamento

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: 19/11/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366640/19

Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

CPF: 079.024.564-70

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 14/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALMIR FERREIRA DA SILVA

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

VALMIR FERREIRA DA SILVA : 079.024.564-70

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: 21/10/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/10/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366640/19

Número do Sinistro: 3190595275

Vítima: VALMIR FERREIRA DA SILVA

CPF: 079.024.564-70

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 14/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALMIR FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

VALMIR FERREIRA DA SILVA : 079.024.564-70

Autorização de pagamento

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: 28/10/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

