



Número: **0088106-37.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **18/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IVANILDO SILVA DE LIMA (AUTOR)		LORENA SAMPAIO DA SILVA (ADVOGADO)	
		BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56890 147	24/01/2020 09:30	2686810_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



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

Processo: 00881063720198172001

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

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 **IVANILDO SILVA DE LIMA**, 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 **13/01/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 03/07/2019.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que o boletim de ocorrência somente fora elaborado após um ano e seis meses da data do suposto acidente e que os documentos médicos não comprovam que as lesões alegadas tenham decorrido do sinistro.

Cumprido 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

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 03/07/2019 após 01 ANO E 06 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 13/01/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

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;



Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

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

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

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**⁴.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

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)

⁴“SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT.(TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)



Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190464723	Cidade: Gravatá	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: IVANILDO SILVA DE LIMA	Data do acidente: 13/01/2018	Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 14/10/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1 P4 P5 P8)				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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.

⁵ APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



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 **13/01/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme comprovado abaixo:**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/10/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANILDO SILVA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000056458-2

Nr. da Autenticação D67B2D53492D2500

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



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 parciais⁶.

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 STJ⁷.

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

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

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

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

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

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

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

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

⁶ 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 HOUEVE 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.

⁷ **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.”



apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁸, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁹.

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 ação¹⁰

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.

⁸ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor." (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁹ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

¹⁰ art. 1º. (...)

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



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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 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 bço					



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 **IVANILDO SILVA DE LIMA**, em curso perante a **7ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00881063720198172001.

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





Número: **0088106-37.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **18/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IVANILDO SILVA DE LIMA (AUTOR)		LORENA SAMPAIO DA SILVA (ADVOGADO) BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56890148	24/01/2020 09:30	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190464723

Cidade: Gravata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IVANILDO SILVA DE LIMA

Data do acidente: 13/01/2018

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1 P4 P5 P8)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190464723

Cidade: Gravata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IVANILDO SILVA DE LIMA

Data do acidente: 13/01/2018

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1 P4 P5 P8)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190464723

Cidade: Gravatá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IVANILDO SILVA DE LIMA

Data do acidente: 13/01/2018

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento
faltante: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: DATA DO ACIDENTE 13/01/2018 sinistro: INVALIDEZ PERMANENTE

NOME IVANILDO SILVA DE LIMA

RG: 5.526.334 SDS/PE

CPF: 086.053.464-26

Estado Civil: *solteiro*

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: RUA COM MERITO PITA

Nº 100

Bairro: MANDACARU

GRAVATA / PE CEP: 55.642-155, neste ato tendo assinado a rogo,

RG:

CPF:

Endereço:

Nº:

cep:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

CPF: 847.705.894-68

Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

OBS. É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos Apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Ivanildo Silva de Lima
OUTORGANTE

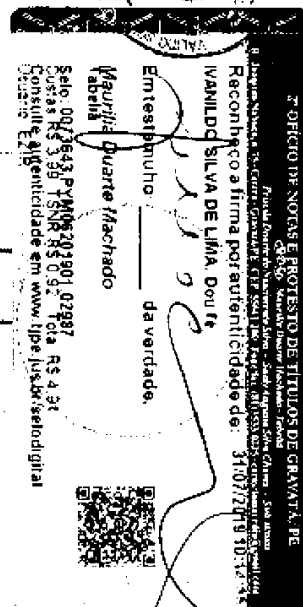
A Rogo:

Testemunhas:

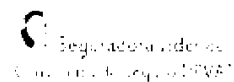
08 JUL 2019

GRAVATA/PE, 31, JULHO, 2019
Local e Data

Reconhecer Firma Por Autenticidade.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266867/19

Vítima: IVANILDO SILVA DE LIMA

CPF: 086.053.464-26

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 13/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVANILDO SILVA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

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

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

IVANILDO SILVA DE LIMA : 086.053.464-26

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/08/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

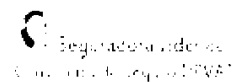
Data do cadastramento: 06/08/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266867/19

Número do Sinistro: 3190464723

Vítima: IVANILDO SILVA DE LIMA

CPF: 086.053.464-26

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/01/2018

Titular do CPF: IVANILDO SILVA DE LIMA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 10/10/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino





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

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464723

Vítima: IVANILDO SILVA DE LIMA

Data do Acidente: 13/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANILDO SILVA DE LIMA

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 14675786





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

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464723

Vítima: IVANILDO SILVA DE LIMA

Data do Acidente: 13/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANILDO SILVA DE LIMA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **IVANILDO SILVA DE LIMA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000943**

Conta: **0000056458-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 08605346426 4 - Nome completo da vítima: Wanilda Silva de Lima

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

5 - Nome completo: Wanilda Silva de Lima 6 - CPF: 08605346426
7 - Profissão: R. Comércio 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Gravata 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55640-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81993285097

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 56458 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que 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 não submeter a 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. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Gravata, 31/07/2019

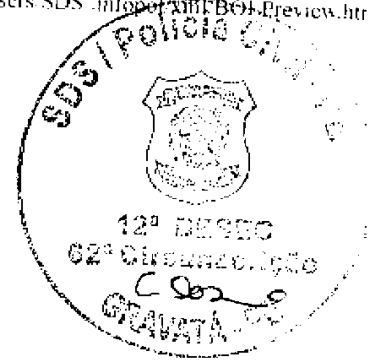
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 12/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0152002819**

539369

0266867/19

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/07/2019** às **10:49**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **13/1/2018** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, ESTRADA DE MANDACARU** - Bairro: **ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAPELA DE FREI DAMIÃO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
VALDIR BEZERRA DA SILVA (OUTRO)
IVANILDO SILVA DE LIMA (VÍTIMA)

06 AGO 2019

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **IVANILDO SILVA DE LIMA**

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

IVANILDO SILVA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **TEREZINHA PEDRO SILVA DE LIMA** Pai: **JOSÉ INALDO DE LIMA** Data de Nascimento: **22/11/1975** Nacionalidade: **DUQUE DE CAXIAS / RIO DE JANEIRO / BRASIL** Documentos: **5526334/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81971002275**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 100, RUA CON AMERICO PITASÍTIO MANDACARU - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

VALDIR BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARGARIDA ALZIRA DE ASSUMÇÃO SILVA** Pai: **NELSON BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **12/2/1982** Nacionalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6546753/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81973163014**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, RUA SÃO PAULO, SÍTIO MANDACARU, - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

03/07/2019 10:40



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a). **VALDIR BEZERRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IVANILDO SILVA DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido. **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHR5419** (PERNAMBUCO/GRAVATA)
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

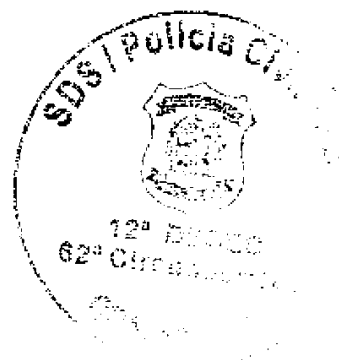
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SENHOR IVANILDO SILVA DE LIMA INFORMANDO QUE; ESTAVA CONDUZINDO O VEICULO EM QUESTÃO NO ENDEREÇO SUPRACITADO E QUANDO FOI REALIZAR UMA ULTRAPASSAGEM, PERDEU O CONTROLE DESTA E CAIU NO MEIO DA VIA, LESIONANDO-SE. INFORMA TAMBÉM QUE FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU PARA O HOSPITAL LOCAL DO MUNICIPIO DE GRAVATA/PE, LOCAL ONDE RECEBEU CUIDADOS MÉDICOS, PORÉM DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU E APÓS PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NO MUNICIPIO DE BEZERROS/PE.

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

Ivanildo Silva de Lima
IVANILDO SILVA DE LIMA
(VITIMA)
Valdir Bezerra da Silva
VALDIR BEZERRA DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: *Clecio de Oliveira Costa*
CLÉCIO DE OLIVEIRA COSTA - Matrícula: **350865-0**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 08605346426 4 - Nome completo da vítima: Vanilda Silva de Lima

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

5 - Nome completo: Vanilda Silva de Lima 6 - CPF: 08605346426
7 - Profissão: Receita 8 - Endereço: R. Cemmerite Rita 9 - Número: 300 10 - Complemento:
11 - Bairro: zona Rural 12 - Cidade: Gravatá 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55640-000
15 E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81993285097

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 56458 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a 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. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Gravatá, 31/07/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 12/02/2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 269651
PACIENTE: IVANILDO SILVA DE LIMA
GENITORA: TEREZINHA PEDRO SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 22/11/1975
ENDEREÇO: MANDACARU
BAIRRO: ZONA RURAL
PONTO DE REFERÊNCIA:

IDADE: 42

CIDADE: GRAVATA

DATA: 13/01/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 14:47

CNS: 896004028813931

TELEFONE: (81) 9114-0098

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

Nº: S/N

UF: PE

CEP: 55640-000

ACOMPANHANTE: MÃE TEREZINHA

HDA

Trauma por queda de moto.

HRA (curativo)

5340719

Transtorno - ORTOPEDIA

EXAME FÍSICO

Boa estado geral

26 AGO. 2018

*Atendimento 100% realizado
Prontidão da clavícula ESO.
Solicito imobilização e
cur o ponto de ortopedia*

*Dr. Nelson Manoel da Cunha
Médico
CRM: 24904/06*

EXAMES SOLICITADOS

Rx do torn. do ombro ESO.

HD

*(1) Trauma por queda de moto
(2) Ruptura de ligamento*

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

*Dr. Geraldo Bezerra
Médico
CRM-PE: 24.917*

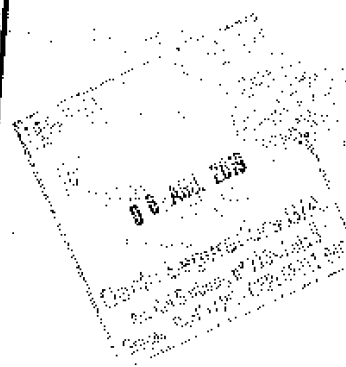
Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsr^{as} das Graças - Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423



PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT	140	P.A.
F.C.	123	F.R.		80



LUIZ CARLOS LIMA
 CRM-BA 24.817
 LUIZ CARLOS LIMA
 CRM-BA 24.817
 LUIZ CARLOS LIMA
 CRM-BA 24.817

1. 56.54. 500ml + 500ml
 2. 15.35
 3. 15.35
 4. 15.35

HORA:

DATA

ALTA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, N.º das Graças - Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde

REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação Gravatá - PE		Gêres	
	Unidade Sentinela Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V	CNES 2435802	Vítima Nº	
	Data do atendimento 13/01/2018 às 2000-01-01 14:47:00 -0200	Número de Registro/Prontuário 000001970		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome IVANILDO SILVA DE LIMA			
	Sexo ☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado		Data de nascimento 22/11/1975 ☐ 9 Ignorado	
	Idade 42 ☐ 9 Ignorado		Ocupação ☐ 9 Ignorado	
	Município de residência Gravatá - PE		Código IBGE 260840	
	Raça/cor ☐ 1 Branca ☐ 2 Preta ☐ 3 Amarela ☐ 4 Parda ☐ 5 Indígena ☒ 9 Ignorada			
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente			
	Zona de ocorrência ☐ 1 Urbana ☐ 2 Rural ☐ 9 Ignorada			
	Endereço do acidente			
	Data do acidente		Hora do acidente	
	Dia da semana do acidente ☐ 1 DOM ☐ 2 SEG ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☐ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB		Tipo de Vítima ☐ 1 Condutor ☐ 2 Pedestre ☐ 3 Passageiro conduzido adequadamente ☐ 4 Passageiro conduzido inadequadamente ☐ 9 Ignorado	
	Meio de locomoção da vítima no momento do acidente ☐ 1 A pé ☐ 2 Automóvel ☐ 3 Motocicleta ☐ 4 Bicicleta ☐ 5 Coletivo ☐ 6 Veículo Pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Outro			
	Acidente relacionado ao trabalho? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Tipo de acidente ☐ 1 Colisão/atropelamento ☐ 9 Ignorado ☐ 2 Atropelamento ☐ 3 Amontanhamento/choqueamento ☐ 8 Outro	
	Outra parte envolvida no acidente ☐ 1 Automóvel ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 Bicicleta ☐ 4 Coletivo ☐ 5 Objeto fixo ☐ 6 Animal ☐ 7 Veículo pesado ☐ 8 Ignorado ☐ 98 Não se aplica			
	Fatores relacionados ao acidente			
	Excesso de velocidade ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de cinto de segurança pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 98 Não se aplica	
	Avaria de sinal ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de capacete pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 98 Não se aplica	
	Uso de celular pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de bebida alcoólica pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Sono do condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Condutor tem habilitação ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 98 Não se aplica	
	Outro fator relacionado ao acidente			
	Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela ☐ 1 Veículo particular ☐ 2 Viatura policial ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgate/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado			
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela ☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 5 Morto ☐ 9 Ignorado		Transferência da vítima ☐ 1 Sim - Para onde? ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		
Responsável pelo preenchimento				
Função				
Assinaturas				



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANILDO SILVA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000056458-2

Nr. da Autenticação D67B2D53492D2500





CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica: Cilada pelo Lei nº 438, de 25/04/02

NOTA FISCAL **NOTA FISCAL** **NOTA FISCAL**

Companhia Energética de Pernambuco
Av. 30 de Junho, 111 - 04 - 14 - 20 - N.º 270 - PE CEP 53099-902
CNPJ: 10.335.000/0001-00 | INSC. EST.: 155949-52 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

TEREZINHA PEDRO SILVA DE L. MA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CONYMERIO PTA 100

CPF: 048.204.414-20 N.º: 16590736279

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
BA VARELA COMINS

CENTRO MANUTENÇÃO
GRAVATA PE
55643-470

NOTA FISCAL

7009904083 05/2019

DATA DE EMISSÃO DATA DE VENCIMENTO

20/05/2019 11/06/2019

79,64

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	
Consumo Ativo até 35 kWh	33,000000	0,2820548	7,98
Consumo Ativo Superior a 35 até 100 kWh	70,000000	0,44288796	31,47
Consumo Ativo Superior a 100 até 225 kWh	48,300000	0,87439126	31,52
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,54
Contrib. Aut. Fund. Munic. 0,8			7,74
CMS - Suprevid. 6% Base Renda			1,01

VERIFICATION DE CONSUMO COM NOTA FISCAL

PERÍODO	TIPO DE	ANTERIOR	ATUAL	PERÍODO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
05/2019	147	17.642,04	17.236,30	147	1.101,00	33	148,00

IMPRESSÃO DE TÍTULOS

DATA	VALOR DO TÍTULO	%	VALOR DO TÍTULO
05/2019	70,00	25,32	17,71
06/2019	70,00	1,14	0,82
07/2019	70,00	1,27	1,90

COMPANHIA DE ENERGIA

DATA	VALOR DO TÍTULO	%	VALOR DO TÍTULO
05/2019	70,00	25,32	17,71
06/2019	70,00	1,14	0,82
07/2019	70,00	1,27	1,90

COMPANHIA DE ENERGIA

DATA	VALOR DO TÍTULO	%	VALOR DO TÍTULO
05/2019	70,00	25,32	17,71
06/2019	70,00	1,14	0,82
07/2019	70,00	1,27	1,90

COMPANHIA DE ENERGIA

DATA	VALOR DO TÍTULO	%	VALOR DO TÍTULO
05/2019	70,00	25,32	17,71
06/2019	70,00	1,14	0,82
07/2019	70,00	1,27	1,90

COMPANHIA DE ENERGIA

DATA	VALOR DO TÍTULO	%	VALOR DO TÍTULO
05/2019	70,00	25,32	17,71
06/2019	70,00	1,14	0,82
07/2019	70,00	1,27	1,90

COMPANHIA DE ENERGIA

DATA	VALOR DO TÍTULO	%	VALOR DO TÍTULO
05/2019	70,00	25,32	17,71
06/2019	70,00	1,14	0,82
07/2019	70,00	1,27	1,90

COMPANHIA DE ENERGIA

DATA	VALOR DO TÍTULO	%	VALOR DO TÍTULO
05/2019	70,00	25,32	17,71
06/2019	70,00	1,14	0,82
07/2019	70,00	1,27	1,90

COMPANHIA DE ENERGIA

DATA	VALOR DO TÍTULO	%	VALOR DO TÍTULO
05/2019	70,00	25,32	17,71
06/2019	70,00	1,14	0,82
07/2019	70,00	1,27	1,90

COMPANHIA DE ENERGIA

DATA	VALOR DO TÍTULO	%	VALOR DO TÍTULO
05/2019	70,00	25,32	17,71
06/2019	70,00	1,14	0,82
07/2019	70,00	1,27	1,90

COMPANHIA DE ENERGIA

DATA	VALOR DO TÍTULO	%	VALOR DO TÍTULO
05/2019	70,00	25,32	17,71
06/2019	70,00	1,14	0,82
07/2019	70,00	1,27	1,90

COMPANHIA DE ENERGIA

DATA	VALOR DO TÍTULO	%	VALOR DO TÍTULO
05/2019	70,00	25,32	17,71
06/2019	70,00	1,14	0,82
07/2019	70,00	1,27	1,90

COMPANHIA DE ENERGIA

DATA	VALOR DO TÍTULO	%	VALOR DO TÍTULO
05/2019	70,00	25,32	17,71
06/2019	70,00	1,14	0,82
07/2019			



08/04/2019

Banco Bradesco S/A

 **bradesco** | 237-2 | 2378415009 91510.807586 16900.224507 9 00000000000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYSSON S AMARAL - 84770589488

RUA RIVALDO BALTAR - 56 -

PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642166

Sacador/Avalista

06 ABR. 2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gleyson Santana do Amaral inscrito (a) no CPF 847705894, 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Iranildo Silva de Lima inscrito
(a) no CPF sob o Nº 086053464, 26 do sinistro de DPVAT cobertura Indolidez da Vítima
Iranildo Silva de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 086053464, 26, conforme
determinação da Circular Susep 445/12.

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

☒ Recuso informar

05 AGO 2019

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. Rivaldo Baeton</u>		Número <u>56</u>	Complemento
Bairro <u>Prado</u>	Cidade <u>Gravata</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55642155</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>8199228-8097</u>

Gravata 31 de julho de 2019
Local e Data

Gleyson Santana do Amaral
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valdir Bezerra da Silva,
RG nº 6.546.753, data de expedição 19/05/16,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 09001897460 com
domicílio na cidade de Gravatá, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R: São Paulo, nº S/N,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Ivanildo Silva de Lima cujo o condutor era

Ivanildo Silva de Lima

Veículo: PASIMOTOCICLETA
Modelo: MONDEBIZ 125
Ano: 2009
Placa: KHR5419
Chassi: 9C2JC42209R125575
Data do Acidente: 13/03/2018
Local e Data: 31/07/2019

Valdir Bezerra da Silva
Assinatura do Declarante

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



2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS DE GRAVATÁ/PE

CEPSO - Maurício Duarte Machado - Escrit

R. Joaquim Nabuco, 17 - Centro - Gravatá/PE - CEP: 55410-000 - Fone: (51) 3251-4125 - e-mail: cepto@pe.jus.br

Reconheço a firma por autenticidade de: 31/07/2019 09:58:43

VALDIR BEZERRA DA SILVA Dou fe

Entestemuho _____ da verdade.

Maurício Duarte Machado
Tabela

Selo: 0073643 CCK08201901.02985

Clasas RS 3,00 TSNR RS 0,92 Total RS 4,91

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

06 AGO 2019



585866(Validar)



HOSPITAL DE BASE DE CURITIBA
CENTRO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

NOME: Francisco Silva de Lima

REG.: 117733

DATA DE NASCIMENTO: 22 / 11 / 1975

DATA DA CIRURGIA: 25 / 01 / 2018

DIAGNÓSTICO: Fratura de Clavícula Esquerda

TRATAMENTO: Endoprótese com placa D.C.P.

09/01/2018

01 02 2018

MOTIVO RETORNO: 24/01/18: Rx com Fratura
União



0266867114

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeSecretaria
de Saúde
PernambucoLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL JESUS PEQUENINO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES
2344254

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71047007485173235

6 - 365 PRENATAL

7 - RESERVA/REGULAÇÃO
106379

8 - Nº DO PRECATÓRIO

117733

9 - NOME DO PACIENTE

Joanildo Silva de Lima

10 - DATA DE NASCIMENTO

22/11/75

11 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Terunha Pedro Silva de Lima

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Rua Pêgo Américo Pita, 100

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Gravatá

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

UF

18 - CEP

PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Queixa com dor em Ombro Esq.

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

Rx Mostra Fx

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx Cravicular Esq.

22 - CID 10 PRINCIPAL

S920

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ombro

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

27 - COD. DO PROCEDIMENTO
04.08.01.015-0

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

Carlos A. de SOUZA FILHO
1º Ten (RM2) Md
CRM-PE 23.983**19/01/18**

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL (MÉDICO)

Dr. Raymundo Francisco de Fátima
CRM-PE 5379
CPF 13.143.174-88

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria de Saúde
NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL
261810540245-1

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_03 - LEITO-02
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 488391 Data: 19/01/2018 Hora: 23:13
Convênio: SES- ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. CARLOS SOUZA FILHO

Recepç.: NAYALLI
Matrícula: 704700718573235
Identidade:
Cartão SUS: 704700718573235

Paciente: 117733 IVANILDO SILVA DE LIMA
Nascimento: 22/11/1975 - 42 Anos e 1 Mês
Endereço: RUA CONEGO AMERICO PITA, 100
Bairro: MANDACARU
IBGE/Cidade: 2606408 GRAVATA
Pat: JOSE INALDO DE LIMA
Mãe: TEREZINHA PEDRO SILVA DE LIMA
Nacionalidade: BRASIL

CEP:
UF: PE

Sexo: MASCULINO Cor:
Est. Civil:
C.P.F. 088.053.464-28
Identidade: 5526334 SSP PE
Telefone: 8194757729
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Obs.: ORTOP 406379

Queixa do Paciente:

H.D.A.:

Exame Físico:

H.D.:

Tratamento:

Bezerros, 19 de janeiro de 2018

Assinatura e Carimbo do Médico

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 01/01/18
Hospital Jesus Pequeno

Assinatura do Médico
Assistente Social
SS 10130

DR. CARLOS SOUZA FILHO
CRM-PE 10130

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_03 - LEITO-02
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPÉDICA

Atendimento: 488391 Data: 19/01/2018 Hora: 23:13
Convênio: SES- ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. CARLOS SOUZA FILHO

Recep.: NAYALLI
Matrícula: 704700718573235
Identidade:
Cartão SUS: 704700718573235

Paciente: 117733 IVANILDO SILVA DE LIMA
Nascimento: 22/11/1975 - 42 Anos e 1 Mês
Endereço: RUA CONEGO AMERICO PITA, 100
Bairro: MANDACARU
IBGE/Cidade: 2806408 GRAVATA
Pai: JOSÉ INALDO DE LIMA
Mãe: TEREZINHA PEDRO SILVA DE LIMA
Nacionalidade: BRASIL

CEP:
UF: PE

Sexo: MASCULINO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.: 086.053.464-26
Identidade: 5526334 SSP PE
Telefone: 8194757729
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Recepcionista:

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
() Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 26/03/18

Médico:

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3764

Assinatura / CRM

Observação

Transferência Hospitalar

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

Fx LAÍCULA ESQ

Carlos A. de Souza Filho
CRM PE 23.983

Diagnóstico Definitivo:

Óbito

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Diagnóstico Secundário:

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 01/02/19
Hospital Jesus Pequeno

Assinatura do Dr. Santos
Assistência Social
CRM 1150



EVOLUÇÃO MÉDICA

IVANILDO SILVA DE LIMA

19/01/2018 : PACIENTE COM FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA, AGUARDANDO CIRURGIA. MEDICADO.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3764

20/01/2018: PACIENTE EVOLUINDO BEM. MEDICADO.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3764

21/01/2018: PACIENTE COM BOA EVOLUÇÃO. MEDICADO.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3764

22/01/2018: PACIENTE EVOLUINDO BEM. MEDICADO.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3764

23/01/2018: PACIENTE COM BOA EVOLUÇÃO. MEDICADO.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3764

24/01/2018: PACIENTE EVOLUINDO BEM. MEDICADO.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3764

25/01/2018: OPERADO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3764

26/01/2018: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3764

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 09/01/19
Hospital Jesus Pequeno

Jose Lourenço dos Santos
Assistente Social
CRESS 10430





Hospital Jesus Pequeno
JESUS PEQUENINO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE IVANILDO SILVA DE LIMA		NÚMERO DO REGISTRO 117733
CLÍNICA ORTOPÉDICA		
CIRURGIÃO RONALDO EVANGELISTA		
ANESTESIA BLOQUEIO		ANESTESISTA DRA. PRISCILA
DATA DA OPERAÇÃO 25/01/2018		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA		
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA		
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA		
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO DO CAMPO OPERATÓRIO 3. INCISÃO NA FACE SUPRACLAVICULAR ESQUERDA 4. ABERTURA DA APONEUROSE 5. DIVULSAO POR PLANOS 6. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA 7. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS 8. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA 9. SUTURA POR PLANOS 10. CURATIVO		

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3761

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 020118
Hospital Jesus Pequeno

Vinici Lacerda dos Santos
Assistente
CRM 3761



HOSPITAL
JESUS PEQUENINHO

CATEGORIA: OK

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Wanildo Silva de Lima Registro Nº: 114433

Aptº: _____ Enfermaria: _____ Data: 25/01/18

Cirurgia: Fst. clavícula "E" Cirurgião: Dr. Ronaldo

Anestesia: Bloqueio Anestesiista: Dr. Vanderson

Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Naloxon			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	<u>04 amp</u>			Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemacetina			
Cedilanide				Quelicin			
Decadron	<u>01 amp</u>			Rifocina 150			
Dormonid				Rifocina 500			
Diazepam				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedit				Styptanon			
Fentanil				Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico	<u>1.500 ml</u>		
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaina 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaina 2% c/a	<u>01 amp</u>		
Heparina 5.000				Xylocaina 1% s/a			
Halotano				Xylocaina Geléia			
Haemacel				Xylocaina Spray			
Inoval				NAUSEBROM	<u>01 amp</u>		
Ketlin	<u>02 amp</u>			ELETROVA	<u>06 unid</u>		
Ketalar				TRUPA	<u>04 unid</u>		
Lasix				MASPARA	<u>04 unid</u>		
Methergin				PAS PES	<u>04 unid</u>		
Marcaina Pesada				ESPAVA	<u>04 unid</u>		
Marcaina s/a				DIPIRONA	<u>02 amp</u>		
Marcaina c/a	<u>01 amp</u>						

Conferido Com Documento

Ornival Bezerra PE 09/01/18

Hospital Jesus Pequenininho

Juliana da S. Pereira
Téc. de Enfermagem
COREN-PE 001.112.801



Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbocath T				Urofix			
Aguilha Desc. ^{4x120-002}	05	unid		Vaselina Bisnaga			
Aguilha Gingival							
Aguilha Raque ^{plexo 01}	01	unid		FIOS			
Aguilha Sutura							
Algodão Hidrófilo				CatGut Simpa s/a			
Algodão Ortopédico				CatGut Simp c/a			
Atadura Gase				CatGut Crom s/a			
Atadura Crepe ¹⁰	01	unid		CatGut Crom c/a	2	01 unid	
Atadura Gesso				Fio de Algodão			
Bolsa p/ Colostomia				Fio de Aço			
Comp. Cirúrgica	15	unid		Fio Kirschner			
Dreno Tórax				Fio Umbilical			
Dreno Tórax Kerr				Mononylon ^{3.0}			
Dreno Penrose				Mononylon			
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotas				Profene			
Esparadrapo	Tx			Polycot			
Esparadrapo Anti-alérgico				Seda			
Esparadrapo Micropore	Tx			Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	06	unid		LÍQUIDOS			
Gase Furacionada				Água Oxigenada	50	ml	
Gelfoan				Alcool Simples ^{40%}	50	ml	
H. Kuntscher				Alcool Iodado			
Intracath				Éter	30	ml	
Luva Descartável ^{8.0-002}	05	par		Formol			
Luva Comum ^{8.3-001}	02	par		Germopol			
Lâmina Bisturi ²¹	01	unid		Glutaril			
Lâmina Gillette				Pov Tópico			
Látex 204				Pov Degermante			
P. S. Petersen				U-REXEDINA	100	ml	
P. L. Sherman				OXIGÊNIO			
Pr. S. Petersen							
Par. Sherman				Das _____ às _____			
Pino Steiman							
Prótese Thompson				PROTÓXIDO			
Scalp							
Seringa 03 cc	01	unid		Das _____ às _____			
Seringa 05 cc	02	unid					
Seringa 10 cc	02	unid		TAXAS			
Seringa 20 cc				Aspirador			
Seringa Vidro 05 cc				Artroscopia			
Seringa Vidro 10 cc				Bisturi Elétrico	Tx		
Seringa Vidro 20 cc				Desfibrilador			
Seringa de 01 cc				Monitor	Tx		
Sonda Estom n°							
Sonda Levine n°							
Sonda Uretral n°							
Sonda Foley n°							
Sonda "3v" n°							
Sonda p/ O ₂	01	unid					



Data: 25/01/18

NE

16. 30

1

ANOTAÇÕES:

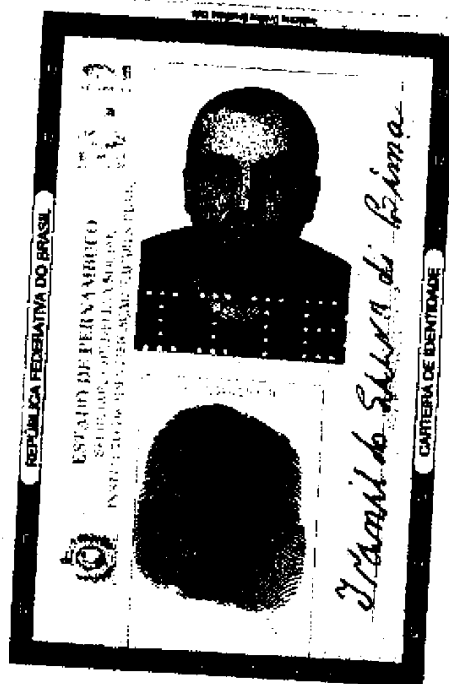
Tempo da Anestesia

PERDA
SANGÜINEA:

Hemorrhagia Antralis

Kingston, N.Y.

Número do documento: 20012409305870700000055962233



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
NOME: 5.526.334 DATA DE EXPEDIÇÃO: 05/07/2019

<< IVANILDO SILVA DE LIMA >>

FILIAÇÃO
<< JOSÉ INALDO DE LIMA >>
<< TEREZINHA PEDRO SILVA DE LIMA >>

NATURALIDADE
DUQUE DE CAXIAS - RJ DATA DE NASCIMENTO: 22/11/1975

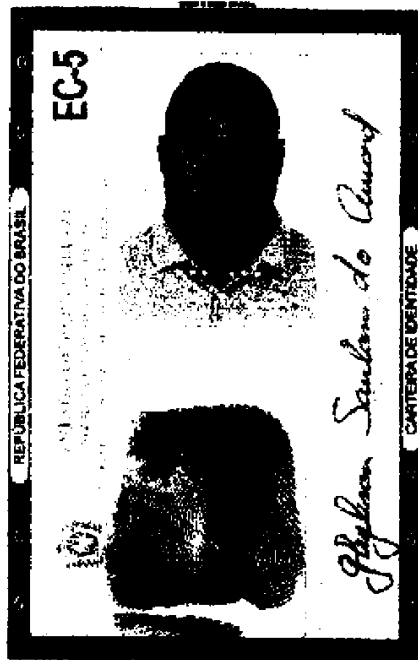
DOO ORIGEM << CN. 1.633 L.A-3 F.189 CART. 10 >>
DUQUE DE CAXIAS-RJ 07.08.1982 >>

CPF: 086.053.464-25

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.118 DE 28/06/83

06 JUL 2019





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERM. 4.339.162 DATA DE EXPIRAÇÃO 01/09/2017

NOME << GLEYSSON SANTANA DO AMARAL >>

FILIAÇÃO << RIVALDO OLÍMPIO DO AMARAL >>
<< ADEILDA DE SANTANA AMARAL >>

NACIONALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 05/01/1976

RG (RG) << 074971 01 55 2006 3 00001 283 >>

CPF 0000565 60 RECIFE-PE >>

847.705.894-66

Assinado por Patrícia C.G. Alcantara

Assinatura de Patrícia C.G. Alcantara

LEI Nº 7.116 DE 28/06/02

2017/0001210/22836.785118

P-78 508.700 - 422

0 0 200. 200



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÃES

DETRAN - PE Nº 014485234815
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 RENAVAM 165091398 RNTZC ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
VALDIR BEZERRA DA SILVA

GRAVATA - PE 0

CPF / CNPJ 090.018.974-60

PLACA
KHS419

PLACA ANT. 165091398

CHASSI 9C23C42209R125575

PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTÍVEL

MARKA / MODELO
HONDA / BIZ 125 ES

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP. POT. CL. 29/124CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO

VENO / COTAS
1 *****

PARCELAMENTO / COTAS

2 *****

3 *****

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

36.05

PREMIO TOTAL (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

PREMIO TÁRIFÁRIO (R\$)

4.15

DATA DE PAGAMENTO

16/04/19

REGISTRO OBRIGATORIO E VALORES DESEMPENHADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DO PARTE DA FAPCA A PESSOA
TRANSPORTADA, OBRIGADO - SEGURADORA

PE Nº 014485234815 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VALDIR BEZERRA DA SILVA

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

GRAVATA - PE

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 23/04/19

VIA 1 CPF / CNPJ 090.018.974-60

PLACA KHS419

RENAVAM 165091398

MARKA / MODELO HONDA / BIZ 125 ES

ANO FAB. 2009

CHASSI 9C23C42209R125575

PRÊMIO TÁRIFÁRIO

PAB (R\$) 36.05

DETRAN (R\$) 4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

ICF (R\$) 0.32

TOTAL SEGURO DPVAT (R\$) 84.50

PAGAMENTO COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 16/04/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.082/0001-04

ESTE BILHETE É QUANTO O SEGURO DPVAT
SILVA NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO

06 ABR 2019

