



Número: **0090088-86.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GERALDO CANDIDO DA COSTA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56888869	24/01/2020 09:22	2686997_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00900888620198172001

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 **GERALDO CANDIDO DA COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **01/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 22/08/2019.

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 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.

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;

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)



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue 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.

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 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 **01/07/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

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.

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)**.

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.”



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 a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

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

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

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

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

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.



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 **GERALDO CANDIDO DA COSTA**, em curso perante a **12ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00900888620198172001.

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: **0090088-86.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GERALDO CANDIDO DA COSTA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56888871	24/01/2020 09:22	ANEXO 1	Outros (Documento)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 CONSTITUIÇÃO DO BRASIL

TRINALDO BAIKA DA SILVA PONTES

LOCALIDADE DO TITULAR: 4101098 SEP PE

CPF: 784.087.504-30 DATA NASCIMENTO: 22/02/1973

FILIAÇÃO: NOEMI BAIKA DE PONTES

NOME: NOEMIA GUILHERMINA DA SILVA

PROFISSÃO: CAT: 3

INSCRIÇÃO: 00400827392 DATA: 25/04/2019 VALIDADE: 27/02/2019

CERTEJOS: A

Trinaldo Baika da Silva Pontes

LOCAL: CARUARU, PE DATA: 19/04/2019

45141354900
78087379973

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1823499902

PROJETO PLASTIFICAR
1823499902



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014484307665
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA - CDD RENAVAM - RATERO - EXERCÍCIO
1 491035252 2013

NOME
GERARDO CANDIDO DA COSTA

CARUARU-PE

CPF / CNPJ - PLACA
000.400.530-88 22W0011

PLACA ANT - OF - CMR -
400000 / PE 902K1C10C9613875

ESPÉCIE TIPO - COMBUSTÍVEL
PAB / MOTOCICLETA ALCO / GASOL

MARCA / MODELO - ANO FAB - ANO MOD
HONDA / CB 150 FAN EST 2012 2012

CAP / POT / CL - CATEGORIA - COM PROCONHANTE
25 / 149 CV PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. COTAS
1ª 2013 QUATRO 1ª 2013

FAIXA LIVA - PROCONHANTE / COTAS
1ª 2013 2ª 2013 3ª 2013

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PABO

DESENVOLVEDOR
AL. 520. ADM CONS NAC HONDA LTDA

CADASTRO - DATA
14/01/19

RECURSO DESENVOLVIDOR DE COTAS ÚNICA

EXERCÍCIO DESENVOLVIDOR DE COTAS ÚNICA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014484307665 BILHETE DE SEGURO DPVAT

GERARDO CANDIDO DA COSTA

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

CARUARU-PE 2013 192.000.000

VA - CPF / CNPJ - PLACA
0 000.400.530-88 22W0011

RENKAM - MARCA / MODELO
91300000 HONDA / CB 150 FAN EST

ANO FAB - COTAS - Nº COTAS
2012 1ª 2013 2ª 2013 3ª 2013

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) - DESENVOLVIDOR (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) - (R\$) - (R\$)

PAGAMENTO - DATA DE QUATRO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.545.850/0001-04

EXERCÍCIO DESENVOLVIDOR DE COTAS ÚNICA

EXERCÍCIO DESENVOLVIDOR DE COTAS ÚNICA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190559981 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 7,13.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL 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 MODERADA DO QUADRIL 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 quadril	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: 3190559981 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 7,13.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190559981 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 7,13.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190559981 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 7,13.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL 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 MODERADA DO QUADRIL 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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: GERALDO CANDIDO DA COSTA
brasileiro (a), estado civil: CASADO, profissão: _____
RG nº 10.675.502, CPF/MF nº 008.405.938-99, com
endereço residencial na RUA: POLO DE MONTE, Nº 244 -
SÃO JOÃO DA ESCOLA - CARUARU - PE.

OUTORGADO:

Nome: INIVALDO BASSA DA SILVA PONTA
brasileiro (a), estado civil: CASADO, RG nº 41.016.99
CPF/MF nº 784.087.504-10, com endereço residencial na
RUA: 23 Nº 261 - LOT. JARDIM BOA VISTA -
CARUARU - PE.

PODERES:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório -
DPVAT por natureza INVALIDEZ da Vítima
GERALDO CANDIDO DA COSTA CPF 008.405.938-99 e
cujo Sinistro ocorrido no dia 01.07.2019.

10 SET. 2019

Caruaru, 10 de setembro de 2019.



Geraldo Candido da Costa

Out.
(Reconhecer)



3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

Sci. GEMISTOPORRE

Reconheço, por autenticidade, a firma de: GERALDO CANDIDO DA COSTA. Em testemunho da verdade. Dou fé. Caruaru/PE, 10/09/2019 - 15:00:30.

Neide Maria dos Santos (SUBSTITUIÇÃO)

EMOLUMENTOS: R\$3,51, TCM: R\$0,80, FERC: R\$0,40,
FUNSEG: R\$0,00, FERM: R\$0,04, ISS: R\$0,00
TOTAL: R\$4,81 Operador: 32

Nota: 0073718.GHZ0920190100684



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338754/19

Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA

CPF: 008.405.938-99

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/07/2019

Titular do CPF: GERALDO CANDIDO DA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES : 784.087.504-10

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

GERALDO CANDIDO DA COSTA : 008.405.938-99

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: 01/10/2019
Nome: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES
CPF: 784.087.504-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Steffany Carolyn Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338754/19

Número do Sinistro: 3190559981

Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA

CPF: 008.405.938-99

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 01/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDO CANDIDO DA COSTA

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: 31/10/2019
Nome: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES
CPF: 784.087.504-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Steffany Carolyn Lins Veloso





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, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190559981

Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERALDO CANDIDO DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14846157

Pag. 01061/01062 - carta_01 - INVALIDEZ

00020531





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, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190559981

Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERALDO CANDIDO DA COSTA

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 quadril 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: GERALDO CANDIDO DA COSTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 00000207087-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

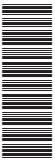
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01215/01216 - carta_15R - INVALIDEZ

00020608





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, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190559981

Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERALDO CANDIDO DA COSTA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01975/01976 - carta_09 - INVALIDEZ

00060988



Carta nº 15067414





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

008.405.938-99

4 - Nome completo da vítima:

GERALDO CAVALEIRO DA COSTA

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

5 - Nome completo:

GERALDO CAVALEIRO DA COSTA

008.405.938-99

7 - Profissão:

RECUSO INFORMAR

8 - Endereço:

RUA PAULO JOSÉ DE MORAIS

9 - Número:

244

10 - Complemento:

USA

11 - Bairro:

SÃO JOÃO DA FUSCIA

12 - Cidade:

CRUZEIRO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.019-105

15 - E-mail:

08199266-9583

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

008

CONTA:

00.7087

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §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 resíduo(a) nome?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pai/mãe 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Intermediária digitalizada

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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CRUZEIRO, 15.07.2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 88ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0179002074**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/08/2019** às **16:00**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **1/7/2019** às **09:20**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, ESTRADA E TERRA DO SÍTIO VITURINO**, - Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.. (AUTOR / AGENTE)
GERALDO CÂNDIDO DA COSTA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GERALDO CÂNDIDO DA COSTA**

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

.. (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: .., Pai: .., Data de Nascimento: **1/1/1930** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

GERALDO CÂNDIDO DA COSTA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **HELENA ALVES DA COSTA**
Pai: **MANOEL CÂNDIDO DA COSTA** Data de Nascimento: **29/8/1955** Nacionalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10695502/SDS/PE (RG), 00840593899 (CPF), 03662865304 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Profissão: **VIGIA** Telefones Celulares: **- 81992669553**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 244, RUA PAULO JOSÉ DE MORAIS**, - CEP: **0** - Bairro: **SAO JOAO DA ESCOCIA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GERALDO CÂNDIDO DA COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GERALDO CÂNDIDO DA COSTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN EBI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFW0311** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **491386869** Chassi: **9C2KC1670CR613678**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**



Complemento / Observação

ESCLARECE O SR.: GERALDO, QUE QUANDO CONDUZIA SUA MOTO NA ESTRADA DE TERRA DO SÍTIO VITORINO, ZONA RURAL DE CARUARU-PE., DEVIDO AO TEMPO CHUVOSO E HAVER MUITA LAMA NA ESTRADA, O MESMO DERRAPOU E CAIU, RESULTANDO SUA MOTO DANIFICADA E SUA PESSOA LESIONADA, TENDO SIDO SOCORRIDO PARA O HRA DESTA CIDADE, ONDE PERMANECEU 09 (NOVE) DIAS, TENDO SIDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL CASA DA MISERICÓRDIA, ONDE PERMANECEU TRÊS DIAS INTERNADO. OBS.: CONFORME LAUDO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, ASSINADO PELO MÉDICO: DR. DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE, O MESMO RESULTOU COM FRATURA DO FEMUR ESQ, APÓS ACIDENTE DE MOTO, HÁ OCORRIDO HÁ 19 DIAS, O MEMSO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, NO MOMENTO, AGUARDANDO CONSOLIDAÇÃO DA MESMA, LOGO, AFASTADO DE SUAS FUNÇÕES LABORAIS POR 120 DIAS.

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

Geraldo Cândido da Costa

GERALDO CÂNDIDO DA COSTA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *[Assinatura]* CICERO ANTONIO DE PAULA - Matrícula: 3849120



22/08/2019 15:49

Scanned by CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

008.405.938-99

4 - Nome completo da vítima:

GERALDO CAVIARO DA COSTA

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

5 - Nome completo:

GERALDO CAVIARO DA COSTA

008.405.938-99

7 - Profissão:

RECUSO INFORMAR

8 - Endereço:

RUA PAULO JOSÉ DE MORAIS

9 - Número:

244

10 - Complemento:

USA

11 - Bairro:

SÃO JOÃO DA FUSCIA

12 - Cidade:

CRUZEIRO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.019-105

15 - E-mail:

(01) 99266-9583

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

008

CONTA:

20.7087

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §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 resíduo(a) nome?



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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Intermediária digitalizada

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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CRUZEIRO, 15.07.2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V002/2019





RIACHO DAS ALMAS

Governo Municipal

PREFEITURA DE RIACHO DAS ALMAS - PE
SECRETARIA DE SAÚDE
CNPJ: 10.939.000/0001-05

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins em atenção do (a) Sr. (a) GERALDO CÂNDIDO DA COSTA, CPF 008.405.938-99 e RG 10.695.502, que consta nos registros de ocorrências nº 01 do SAMU de Riacho das Almas, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo, no dia 01 de Julho de 2019, às 09h e 45min, ocorrência, Vila Vitorino, queda de moto, tendo sido enviado a Unidade de Suporte Básico, que prestou atendimento à vítima no local, sendo transportado para o Hospital Municipal Local.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos avaliação, imobilização e remoção.

Riacho das Almas, 13/08/2019.

Hosana Gonçalves Leal de
CORDEIRO

Coordenador Municipal da Base

Recebi esta Declaração do SAMU de Riacho das Almas em ____/____/____

Rua: Marro da Mota Lima, 93 - Bairro Santa Teresinha, Riacho das Almas-PE
CNPJ nº 10.939.000/0001-05
Fone: (81) 3745-1102

Scanned by CamScanner



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

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERALDO CANDIDO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000207087-1

Nr. da Autenticação D6394852D7AA16DE





Tarifa Social de Energia Elétrica; Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-06 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSINEIDE MARIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PAULO JOSE DE MORAIS 244

CPF 053 304.654-86

SÃO JOÃO DA ESCÓCIA/CARUARU
CARUARU PE
55019-105

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4000757352	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PROXIMA FATURA
23/08/2019	16/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	106,39

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
073553192	UNICA	16/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
16/08/2019	2001687500	062096

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvo (kWh)	119,0000000	0,77545172	92,27
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,17
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,57
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,17
ICMS Subvenção-CDE NF 086138588-14/08/19			0,71
PRO-CRANQA (081)3412-8960/0800.031.8969			1,50

TOTAL DA FATURA

106,39

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DO	DESCRIÇÃO	ALÍQUOTA	QUANTIDADE A PAGAR
MEDIDOR	UNICA	DATA	DATA	DE	1		119,00
1511901		15/08/2019	15/08/2019	1511901	1		

Scanned by CamScanner



TIM S.A.
Av. Marechal Mascarenhas Monteiro 4270
FRENTE AFOCANDO - Imbeli - Recife - PE
CNPJ: 06.421.421/0001-55 - I.E.: 02.050.614-09
CNPJ da Matriz: 06.421.421/0001-11



Página 1 de 2

R\$ 50,89

VENCIMENTO
10/09/2019

EMIÇÃO: 19/08/2019
POSTAGEM: 30/08/2019
FATURA: 3942906191

CLIENTE: 1.75644136

CPF/CNPJ: 78408750410

ACESSO: 81.99584-0119

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009131539518013

IMPORTANTE PARA IRINALDO

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/JUL A 18/AGO

Serviços TIM S.A.	VALOR
☒ TIM Controle B Plus	R\$ 49,99
☒ OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 0,90

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM Controle B Plus: 81995840119 (088/PÓS/SMP)	-	-	1	-	-	64,99
TIM Music	-	-	1	-	-	Incluído
TIM Banca Jorais	-	-	1	-	-	Incluído
Desconto Franquia TIM Controle	-	-	3/12	-	-	-9,83
Desconto Serviços VAS TIM Controle	-	-	3/12	-	-	-5,17
Total de Mensalidades						49,99

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
JUROS: (VENC 10/07/19, PAGO EM 02/08/19)	-	-	1	-	-	0,25

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-lo, visite www.apptim.com.br ou pelo celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPACTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FORTE	PUNTO	R\$ 0,20	Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (IVA)	
ICMS	9%	R\$ 52,26	R\$ 4,70	R\$ 5,83	PUNTO	R\$ 0,21	(Incluído no Preço)	
PPS/CDRMS - Serviços Telecom	2,62%						Franquia	R\$ 42,50
PPS/CDRMS - Serviços Mkt. Telecom	4,60%						IVA	R\$ 22,40
PPS/CDRMS - Serviços Mkt. Telecom	2,25%						Desconto Franquia	R\$ -9,83
Em conformidade com Lei 12.741/2012								
As contribuições da FUST (TNU) e FUST/TEL (0,39%) não são repassadas ao cliente								



Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar e pagar em débito automático e ainda ganha um mês de internet toda mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009131539518013

MÊS DE REFERÊNCIA
AGO/2019

DATA DE EMISSÃO
19/08/2019

DATA DE VENCIMENTO
10/09/2019

VALOR
R\$ 50,89

VIA BANCO

8462000000 - 4 50850109011 - 0 00394290619 - 3 10131539518 - 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Arquivo digitalizado em 20/08/2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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 INIVALDO BAIÃO DA SILVA, inscrito (a) no CPF 784.087.504, 10, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GENALDO CORDEIRO DA COSTA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.425.938, 99, do sinistro de DPVAT cobertura INVALUÍVEL da Vítima GENALDO CORDEIRO DA COSTA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.425.938, 99, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua 23</u>		Número <u>Nº 261</u>	Complemento <u>ASA</u>
Bairro <u>LOC. JARDIM BOM VISTA</u>	Cidade <u>Corumbá</u>	Estado <u>MS</u>	CEP <u>55000-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(67) 99554-0119</u>

Corumbá, 30 de setembro de 2019

Local e Data

INIVALDO BAIÃO DA SILVA
Assinatura do Declarante





RIACHO DAS ALMAS

Governo Municipal

PREFEITURA DE RIACHO DAS ALMAS - PE
SECRETARIA DE SAÚDE
CNPJ: 10.939.000/0001-05

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins em atenção do (a) Sr. (a) **GERALDO CÂNDIDO DA COSTA**, CPF 008 405 938-99 e RG 10 695 502, que consta nos registros de ocorrências nº 01 do SAMU de Riacho das Almas, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo, no dia 01 de Julho de 2019, às 00h e 45min, ocorrência, Vila Vitorino, queda de moto, tendo sido enviado a Unidade de Suporte Básico, que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportado para o Hospital Municipal Local.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos avaliação, imobilização e remoção

Riacho das Almas, 13/08/2019.

Horacio Gonçalves Lacerda
COORDENADOR

Coordenador Municipal da Base

Recebi esta Declaração do SAMU de Riacho das Almas em ____/____/____

Rua: Mano da Mota Lima, 93 - Bairro: Santa Teresinha, Riacho das Almas-PE
CNPJ nº 10.939.000/0001-05
Fone: (81) 3745 - 1102

Scanned by CamScanner



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 522012

Prontuário: 341151

Nome: GERALDO CANDIDO DA COSTA

Data Nasc.: 29/08/1955

Idade: 63

Sexo: MASCULINO

Cor: BRANCA

Religião:

CPF: 00840593899

RG: 12222160

CNS: 700602999746562

Nº: 244

Endereço: RUA PAULO JOSE MORAIS

Bairro: SÃO JOAO DA ESCOCIA

Cidade: CARUARU

Estado: PE

CEP: 55012140

Fone: 92669583

Profissão: VIGILANTE

Nome da Mãe: HELENA ALVES DA COSTA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 01/07/2019 12:24

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Doença da coluna cervical

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

fractura de colo do fêmur (E)

RX BACIA

Prescrição:

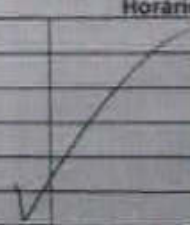
Dieta:

Data

Horário

RX COXA E

Dr. Antonio Carlos



Scanned by CamScanner



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Data e hora retirada da senha: 01/07/2019 12:10

Nome Paciente:	GERALDO CANDIDO DA COSTA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	29/08/1955
Sexo:	Masculino
Idade:	63
Senha:	PU0007
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 01/07/2019 12:12 - 01/07/2019 12:15

IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **POUCO URGENTE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: PACIENTE ORIUNDO DE RICO DAS ALMAS, VITIMA DE COLISÃO/ MOTO BARREIRA, REFERE DOR EM COXA E (FEMORAL).

Medicamento(s): HA(-), SEM DIABETES

Observação: PACIENTE COM MACA E SENHA Nº 5717554

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es):
- DEFORMAÇÃO?
- EDEMA?
- PROBLEMA RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

07/07/19 A 02h00m

MURILLO STRECH, JR

VERDE, 12h

com/Arthur Lourenço

Dr. Felipe Diego M. P. de Carvalho
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25263 / CRM-SA 30871

02 JUL 2019

Acolhido(a) por: IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/07/2019 12:15

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner



Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: GERALDO CANDIDO DA COSTA

Reg.: 650275

Pront.: 1179075

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 29/08/1955

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 63

Admissão: 10/07/2019 10:35

Alta: 14/07/2019 14:07

Admissão

FRATURA EM FÊMUR ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico

Principal: S72.1 FRATURA PERTROCANTÉRICA

Internação:

Unidade

Admissão

Alta/Transferência

Tempo

ENFERMARIA SÃO LUIZ

10/07/2019 10:35

14/07/2019 14:07

4 (dias)

Orientação

- 1) Agendar retorno para Drº DANIEL NOBRE para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo.

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 8218

Dr. Azarias Salgado
Traumatologia - Ortopedia
CRM: 8218



Casa de Recife
Solicitação de Exames

Paciente: GERALDO CANDIDO DA COSTA

Telefone: 81991294402

Reg.: 680276

Pront.: 1179076

Dt. Nasc.: 29/06/1955

RG: 12222160

Titular: GERALDO CANDIDO DA COSTA

Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ

IH No.: 1

Admissão: 10/07/2019 10:36

CID: S721

Matric:

Leitos: LEITO C1

Convênio: RETAGUARDA GETULIO

OS:

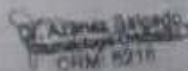
Data/Hora: 12/07/2019 16:31

Exames Solicitados:

- 1) RX ARTIC COXO-FEMURAL ESQ
- 2) RX COXA/FEMUR ESQUERDO

Dr. DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

CRM: 19433


CRM: 8218





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: GERALDO CANDIDO DA COSTA
DATA: 31/07/2019

LAUDO

FRATURA DO FEMUR ESQ, APOS ACIDENTE DE MOTO, HA 19 DIAS, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSOS, NO MOMENTO, AGUARDADO CONSOLIDAÇÃO DA MESMA, LOGO, AFASTADO DE SUAS FUNÇÕES LABORAIS POR 120 DIAS.

S721

Dr. DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
CRM: 19433

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO

*Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Geraldo Cândido da Costa*

Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia, 01/07/2019 a 10/07/2019

Registro: 341151

Diagnostico: Fratura de Colo de Fêmur .

*Tratamento: Cirúrgico (paciente foi transferido para outra unidade Hospitalar
em 10/07/2019)*

OBS: Vitima de Acidente de Trânsito. CID: S72.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 26 de Agosto de 2019

109.794.975/0269-27
HRA - Hospital Regional do Agreste
BR 232 - Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
setor de arquivo (SAME)





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Geraldo Cândido da Costa** . Esteve Interno nesta unidade de saúde no período do dia **01/07/2019** e foi transferido para outra unidade hospitalar em **10/07/2019** , Registro : **341151**

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID:T028.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 05 de Setembro 2019

109.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste

BR 232 - Km 130

Indianópolis - CEP 55000-000

Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente: GERMÃO WILSON COSTA Registro N°:

Clinica: Leito N°:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
------	------	----------

03/07/19		AD. Ex. Col. F. M. 2 (S)
----------	--	--------------------------

Plano de tratamento
S/ acompanhamento

Dr. A. M. A. Costa
SOLTO L. 20

Scanned by CamScanner



**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Geraldo Candido da Costa

6 - Nº de identificação

341151

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7001602999741615162

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/08/55

9 - SEXO

M

10 - FATO

B

11 - NOME DA MÃE

Helena Alves da Costa

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. ISCE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Rx Lit cl. Intub.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Amoroso ex -

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

Rx

5d

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Rx de 14/5

24 - CID 10 PRINCIPAL

T028

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intubação por via oral

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01301801019

29 - CLÍNICA

Artigal

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () JCPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CRF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Mário da Silva

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/07/19

35 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Mário da Silva

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CHAVE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

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

PE-40-004

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CRF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () JCPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1 / 1

51 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Waldir Soares de S.

CRN 7103

CPF 108.368.034-04

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261910405177-3



#EVOLUÇÃO ORTOPEDIA#

LEITO 22

DATA: 10/07/2019

NOME: GERALDO CANDIDO 64 ANOS

ADMISSÃO: 03/07

HD: FRATURA TRANSTROCANTERICA DIREITA

MECANISMO DE TRAUMA: ACIDENTE DE MOTO

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM QUEIXAS OU INTERCORRENCIAS, DIURESE +.

CONDUTA: - VPM

Dr. M. Alves
10/07/2019 14:00

✓

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Laudo
Ortopédico
Dr. Paulo de Tarso Silveira Claudino
CRM 11014

Membro titular da Sociedade Brasileira
de Ortopedia e Traumatologia.

Geraldo Cândido da Costa
C.D. - 572

Fratura transtrocanterica
do fêmur esquerdo, operada
em julho de 2019. (No momento
fratura consolidada (uso de
muletas), com discreta
claudicação e encurtamento
mínimo no membro inferior.
Fratura em 01/Julho/2019.
Queda de motocicleta (sic)

29/10/19

Dr. Paulo de Tarso
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11014

Av. Pedro Jordão, 1252 - Maurício de Nassau - Caruaru - PE
Fones: (61) 3722.2202 - 3045.4588

Scanned by CamScanner



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO TACARES BURRI

EC-5

Gerardo Candido da Costa
ASSINATURA: TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.695.502 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/10/2017

NOME << GERALDO CÂNDIDO DA COSTA >>

FILIAÇÃO << MANOEL CÂNDIDO DA COSTA >>
<< HELENA ALVES DA COSTA >>

NATURALIDADE LIMOEIRO - PE DATA DE NASCIMENTO 29/08/1955

DOC ORIGEM << CC, 5.443 L.B19 F.126 CART. SÃO CAETANO-PE 31.03.1979 >>

CNPJ 008.405.938-99 *Paulo de Carvalho*
ACERCA DO TÍTULO DE CARVALHO
LEI Nº 11.241/2006
1017728000711124116.7744610 - 1017728000711124116.7744610 - 1017728000711124116.7744610

Scanned by CamScanner

