



Número: **0089422-85.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/12/2019**

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	
VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57214 192	31/01/2020 10:26	2687495_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 21ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00894228520198172001

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 **VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**, 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 **04/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **31/05/2019**.

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.



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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 04/04/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).



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:	23/09/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03536

CONTA: 000000020547-2

Nr. da Autenticação 6190AF2A9BEA4671

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.

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."



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)**.

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.

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.



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.

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, 23 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



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 **VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**, em curso perante a **21ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00894228520198172001.

Rio de Janeiro, 23 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: **0089422-85.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/12/2019**

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	
VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57214 195	31/01/2020 10:26	ANEXO 1	Outros (Documento)

3190390028



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro (ou AS): 3 - CPF da vítima: 247.506.974-00 4 - Nome completo da vítima: VALDOMARO MANOEL DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSCP Nº 445/2013

5 - Nome completo: VALDOMARO MANOEL DOS SANTOS 6 - CPF: 247.506.974-00

7 - Profissão: ROLFE 8 - Endereço: Fátima Campo Avelino 9 - Número: 116 10 - Complemento:

11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Glória do Góia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55620-000

15 - E-mail: Rolfe 16 - Tel (DDD): (81) 99304-6299

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:

☒ NÃO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.011,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POLIPANCA (somente para os bancos listados abaixo) ☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (134)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3536 CONTA: 20547 2 AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar no minha conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, encaminhando o boleto, desde que eu autorize toda a liberação do crédito, anulação total do valor recebido.

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

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

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

Para melhor esclarecimento, solicito a apresentação da cópia do meu boletim de ocorrência do Seguro DPVAT por invalidez permanente, por parte da documentação apresentada, concordando, desde que eu não cumplier a exigência de entrega da Seguradora Líder para verificação da documentação dos laudos periciais emitidos de instituições de terceiros, conforme Lei nº 1.947/74, art. 35, § 1º, desde que eu não tenha sido encaminhado com a futura avaliação médica ou realização do dano de contenda, caso do crime do seu cotidiano.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou OUV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Causa da morte da vítima:

25 - Garde presentes com a vítima: 26 - Último deixou companhia (ou não) ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companhia, informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou companhia (ou não) ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou companhia (ou não) ☐ Sim ☐ Não

Exeto diante de tudo a Seguradora Líder pagar, pelo evento, a indenização do Seguro DPVAT por morte. Únicos beneficiários que se apresentarem e provarem sua condição, em nome do morto, de que qualquer renúncia ou declaração não vinculada poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 249 do Código Penal.

34

35 - Nome legal de quem assina a peça/pedido

36 - CPF legal de quem assina a peça/pedido

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

38 - (*) Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - (*) Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Glória do Góia (PE), 16/09/2018.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (separado) Valdomaro Manoel dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se necessário)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154000528

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumido) que aconteceu no dia 4/4/2019 às 14:00

Rua da Aurora, nº 175, St. 402 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



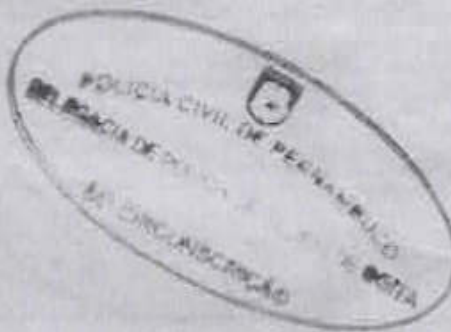
A VITIMA INFORMA QUE NO DIA 04/04/2019 VINHA SAINDO, DE BICICLETA, PELA ESTRADA DE TERRA QUE CHEGA ATE A RODOVIA PE 50, QUANDO UMA MOTOCICLETA PILOTADA POR UM DESCONHECIDO, DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE VINHA EM SENTIDO CONTRARIO, BA TEVE JOGOU A BICICLETA COMO VITIMA PARA A VALETA A VITIMA FICOU CAIDA NO LOCAL, COM O PE ESQUERDO FRATURADO, QUANDO POPULARES O ENCONTRARAM E O LEVARAM ATE O HOSPITAL DE GLORIA DO GOTA, A UNIDADE MISTA MARIA GAIÃO GUERRA, DE LA, FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS EM RECIFE, O CONDUTOR DA MOTOCICLETA FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO.

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

VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS
(VITIMA)

Valdomiro Manoel dos Santos

S.O. registrado por: JOBSON DOS SANTOS SILVA - Matrícula: 301.171-8

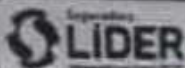


05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua de Aurores, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DIARIAS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MONTE

AP do acidente ou RJ: _____ CPF de vítima: 247.506.974-00 Nome completo da vítima: VALDOMINO MANOEL DOS SANTOS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUPLEN Nº 461/2012
Nome completo: VALDOMINO MANOEL DOS SANTOS CPF: 247.506.974-00
Profissão: AGRUA Endereço: FORTUNA CAMPO ALIBRE Número: 116 Complemento: _____
Bairro: ZONA RURAL Cidade: GLÓRIA DO BOIÃO Estado: PE CEP: 55620-000
E-mail: AGRUA Telefone: (81) 99606-7965

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

DADOS CADASTRAIS
RECEITA: ☒ RECEITO INFORMAR ☐ ATE R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATE R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATE R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATE R\$15.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATE R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
☐ CONTA POUPEIRA (somente para quem não possui conta corrente) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (201) ☐ Caixa Econômica Federal (204)
Nome do BANCO: BRASIL
AGÊNCIA: _____ CONTA: 233 X 64720 4
(Informe o dígito do banco) (Informe o dígito do banco)

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 sem reserva, a validade do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou
☐ O IML que 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 acima citado, solicito o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando desde já, sem necessidade de avaliação médica do Instituto Médico Legal (IML) para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 3.298/76, art. 9º, § 1º, declarando que esta autorização não configura prévia concordância com a futura avaliação médica ou técnica do IML, caso discorde do meu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MONTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Víctima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Víctima deixou patrimônio (patrimônio)? ☐ Sim ☐ Não Víctima deixou bens? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que eu representar e apresentar documentação, ressalvando, desde já, de que qualquer erro ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, sob a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: GLÓRIA DO BOIÃO (PE), 19/06/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina a RODO
* Valdomino Manoel dos Santos
Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Promotor (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____ CPF: 05.802.494/0001-41
Assinatura: TRACAO CORRETORA
Assinatura: SEGUROS LIDER

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher duas pessoas testemunhas, maior e menor, para preencher e assinar o presente formulário, a ser entregue na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do documento, antes de apresentá-lo à seguradora.

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

FPL 0015 V001/2018

302-RL-1
302-V001-1
302-V001-1
302-V001-1

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 04/04/2019 16:30

Nome Paciente: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 69
Senha: PED010
Convênio:
Atendimento:
SAME:

5655388

Período: 04/04/2019 16:31 - 04/04/2019 16:32

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 86261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM MIE APOS COLISÃO BICICLETA X MOTO.
HAS-
DM-
ALERGIA NEGA

Observação: GLORIA DO GOIÁ

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos - REGUA DE DOR: 8

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGURANCA

29 PM 7:19

Ass. de Adm. - 1173-41.002.001
Rua Vera - CEP: 91262-010
2019-04-04

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 86261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/04/2019 16:32

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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:	23/09/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03536

CONTA: 000000020547-2

Nr. da Autenticação 6190AF2A9BEA4671





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, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

CPF 247 506 974-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20 JUN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

FZ CAMPO ALEGRE 116

GLORIA DO GOITAVGLORIA DO GOITA
GLORIA DO GOITA PE
55620-000

CONTA CONTRATO

7029928830

MÊS/ANO

12/2018

DATA DE VENCIMENTO

03/01/2019

DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA

23/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

28,17

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
044232543	UNICA	24/12/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24/12/2018	2001819205	6219270

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 04/04/2019 16:30

Nome Paciente: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 69
Senha: PED010
Convênio:
Atendimento:
SAME:

5655388

Período: 04/04/2019 16:31 - 04/04/2019 16:32

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM MIE APOS COLISAO BICICLETA X MOTO.
HAS-
DM-
ALERGIA NEGA

Observação: GLORIA DO GOITA

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos - REGUA DE DOR: 6

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 PM 3 10
AV. DA AMERICA, 1112, 5º ANDAR, L. 1
Bela Vista - CEP: 50.050-000
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/04/2019 16:32

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 705568

Prontuário: 1115738

Nome: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Data Nasc.: 05/12/1949

Idade: 69

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 809903

CNS: 705607411122912

Endereço: LOTEAMENTO CAMPO ALEGRE

Nº: 0

Bairro: CENTRO

Cidade: GLÓRIA DO GOIÁ

Estado: PE

CEP: 55620000

Fone: 82686888

Profissão:

Nome da Mãe: REGINA MARIA DA PAZ

Acompanhante: ANDREA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5865388 REFERE DOR E DEFORMIDADE EM MIE LPOIS COLISAO BICICLETA X MOTO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA: 04/04/2015 HORA: 18:43 h Médico:

Queixa Principal / HDA: Paciente com dor intensa em tornozelo direito
e fêmur esquerdo.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local de Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m
Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	Transporte Realizado por:
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que:	

Observações:

Lado: ②, Dor: ②

Exame Físico:

A. Geral: Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: C°

Sem alterações na inspeção

B. Respiratório

L.O.L.

C. Circulatório: PA: x mmHg Pulso: bpm

L.O.L.

D. Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> IMIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Motora
Escore: Hora	Escore: Hora

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Sic 11

20.04.2015

Rua da Aurora, 10175, SL 902 PL.
Boa Vista - CEP: 55060-000
PE - 55060-000

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
VARGAS

Gerenciamento da Informação
DEBENEFÍCIO

Prontuário: 1115738

CNS: 705807411122912

DE ALTA

1-1

Nome:

Data:

CPI:

Endereço:

Bairro:

CEP:

Nome da Mãe:

Nome do Conjuge:

Nome:

Parentesco:

RG:

Fone: 02586898

2- INTERNAR PARA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação:

Prestador: 1

Leito: SR 25

Diagnóstico Inicial

(Constante do Laudo Médico): Fratura de Manguito Lateral (E)

Procedimento Solicitado: Tratamento Cirúrgico

CID:

Procedimento Realizado:

COD:

COD:

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1.	Cirurgião	Jader	
2.	1º Auxílio Cirúrgico	Alsa	
3.	2º Auxílio Cirúrgico		
4.	3º Auxílio Cirúrgico		
5.	Demais Auxílio Cirúrgico		
6.	Anestesiista		
7.	Clinico		
8.	Neonatalogista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

- ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- ☐ DIÁRIA DE UTI ☐ USO DE OXIGÊNIO
- ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL
- ☐ USO DE ORTESE E PRÓTESE ☐

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CID:

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO:

0408000573

582.6

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Anemia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

MOTIVO DA ALTA:

DATA DA INTERNAÇÃO: 27/04/19 DATA DA ALTA: 24/04/19 DIAS DE INTERNAÇÃO:

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.

05.802.494/0001-41
THALLES COBRETORE
DE SEGUROS LTDA

20.11.2019

Via de Recibo: 00175-9 90280 C
Rec. Vici: CEP: 50.060-010
RECIBO-PT

Carimbo/Revisor/Faturamento

Alta



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

NOME DA UNIDADE

HOSPITAL

HOSPITAL

Getúlio Vargas

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

CARTÃO 300

Nome do paciente: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Registro:

Registro: 1115738

1115534

Data da operação: 17/04/2019

TOM DE NASCIMENTO:

SEXO: MAI

NOME DA SAÍDA

VALDOMIRO

M

BLOCO:

APT:

BARRIO:

VALDOMIRO

UR

ESP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PALENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSA E DEFORMIDADE ARTICULAR EM PERNA
ESQUERDA

EXAME FÍSICO: TOR. FRAQUEZA DO CORRENTE, ORIENTADO, EMBRICO

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAME COMPLEMENTAR

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

QUALIFICACAO FÍSICA

Diagnóstico Pré-Operatório:

FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

PROCEDIMENTO REALIZADO

CONDICIONAMENTO DA CÍRCULA ORTOGONAL

COR

Data: 17/04/19

Dr. Adriano Cruz
MÉDICO
CREMEPE 27950

LUGAR DE ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

LOCAL

CARACTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

DATA

05.802.494/0001-4

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, 5º 902 BL. C

Bom Vista - CEP 50.060-010

RECIBO

LUGAR DE ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

TME DA UNIDADE:





HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Registro: 1115738

Data da operação: 17/04/2019

Operador: DR. JADER

1ª auxiliar: DR. CESAR MR4 ABÍLIO CRUZ MRI

Anestesista: PLANTONISTA

Diagnóstico Pré-Operatório:

FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

Tipo De Operação:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raqui anestesia;
- 2) Antissepsia + assepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Placa LCP com 12 furos em ponte sobre maléolo lateral + fixação com 4 parafusos corticais e 3 parafusos bloqueados
- 5) observado redução e fixação sobre fluoroscopia
- 6) Sutura de subcutâneo-muscular com vicryl 2-0
- 7) Sutura de pele com nylon 2-0
- 8) Curativo estéril
- 9) Boa perfusão distal após o procedimento

Dr. Abílio Cruz
MÉDICO
CREMEPE 27980

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 PM 7/1

Rua da Aurora, 10 175, 54.902-81, C
Boa Vista - CEP: 55.060-010
PECEL-PI



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Página 1 de 1

MVPER - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ABILIO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ

Relatório de Evolução

Em: 24/04/2019 17:02

Paciente: 1115738 - VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Idade: 69 Anos 4 Meses 19 Dias

Data de Nascimento: 05/12/1949

Prostador Assistente: HOSPITAL GETULIO VARGAS

Conselho / Numero Cons.: CRM - null - 5555

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 705572

Leito: CLORT 105-07

Admissão: 04/04/2019 17:57

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 597988 (FECHADO)

Responsável: ABILIO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ - CRM
27950 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

07/04/2019

Data/Hora do Documento:

07/04/2019 08:49

PE E TORNOZELO

#SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA #

LEITO: 105-07

VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Proet: 1115738

Adm: 04/04/2019

ID: 69 ANOS

HDA: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSA EM PERNA ESQUERDA E DEFORMIDADE ARTICULAR

HQ: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

PACIENTE SEM QUEIXAS

AO EXAME: BEG: EM ALERTA, CORADO, HIDRATADO, ANICTERICO, AFEBRIL. FO SEM SINAIS FLOGISTICOS

04/04/19: FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE TNZ E+LMC+SUTURA

CD: SOLICITO PARECER CARDIOLOGICO

SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

SOLICITO NOVA RADIOGRAFIA

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 7 11

Insc. de Aut. de NF 175, 52.902.811
Rua Vitor - CEP 50.050-010
RECIFE-PE

ABILIO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ
CRM 27950





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Médico + Carimbo

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Condição de Alta:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social:

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico: CRM/CRO Data Hora

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: Nome completo legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: Nome completo legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Cadastramento: 04/04/2019 15:43 h RAULITACBS Impressão: 04/04/2019 15:43 h RAULITACBS

05.802.494/0001-42

TRAÇÃO CORRETORA

DE ATENDIMENTO

Médico

20 JUN 2019

Rua da Aurora, 101 - Jd. S. 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.065-010

REC-0124



50

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL

GETÚLIO VARGAS

Pernambuco

Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS REG: 1115738

DATA: 04/04/2019

QUIRURGIAO: DR. TALES OLIM

1º auxiliar: DR. ARISSON MR3

2º auxiliar: DR. ABÍLIO CRUZ MR1

ANESTESISTA: DRA. ADELAIDE

Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

Tipo de operação:

LMC + REDUÇÃO CRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO

A TUBO TRANSARTICULAR + SUTURA

Descrição operatória:

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
- 2) ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
- 3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 4) LIMPEZA COPIOSA COM SF 0,9%
- 5) REDUÇÃO CRUENTA
- 6) APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO TRANSARTICULAR
- 7) SUTURA DE PELE COM NYLON
- 8) CURATIVO ESTÉRIL
- 9) OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL AO FINAL DO PROCEDIMENTO

OBS:

FLUOSCOPIA NÃO DISPONÍVEL NA EMERGÊNCIA
AO GRUPO DO PÉ E TORNOZELO

Dr. Abílio C. M.
MÉDICO
CREMEPE 2796

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS UDA

20/04/19

Rua da Aurora, 1075, 51.902-81, C.

Itaú Vitor - CEP 50.130-010

RECIFE-PE





VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS		01115738	01115738
705872	MASCULINO	088 AN 180	CLÍNICA ORTOPEDIA, ELCT 105-07

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HEM. PACIENTE VITIMA DO ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO LESÃO CORTO-CONTUSA EM PERNA ESQUERDA E
DIFERENÇA DE ALTURA
HIST. FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

Tratamento:

04/04/19: FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE TNP E LMC LUTIRA
18/04/2019: REALIZADO OSTEOSINTESE DEFINITIVA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

GBS:

APÓS VISITA DO GRUPO DE RE-E TORNOZELO DECIDE-SE POR ALTA HOSPITALAR
RETORNO COM 15 DIAS AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA
USO DE MULETAS
DEFALEXINA POR 7 DIAS

Condições Clínicas (no momento da Alta):

PACIENTE SEM QUEIXAS
AO EXAME: BEM, EM ALERTA, LUBRADO, HIGIATADO, ANTERIORES, APOSTILHA - FO SEM SINAIS FLOGÍSTICOS

DATA DA INTERNAÇÃO

04/04/2019

DATA DA ALTA

24/04/2019

Recife, 24 DE ABRIL DE 2019

ARILDO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ - CRM Nº 27950

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SECURITIZADA

20 11/17/19

Rua da Aurora, 119 315 51 907 BL L
Box Vista - CEP 50.050-010
RECIFE-PE

HOSPITAL GETULIO VARGAS - NOV
Av. Gal. San Martin, 5/N - Cordelão - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.872.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL

Getúlio Vargas

NOME DA UNIDADE
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

Nome: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS REG: 1115738

Data da operação: 04/04/2018

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSA EM PERNA ESQUERDA E DEFORMIDADE ARTICULAR

Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

Tipos de operação:

ENC - REDUÇÃO CRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO
TRANSARTROSCOPICA - SUTURA

Características da internação

CARACTER DA INTERNAÇÃO

EMERGENCIA

Data: 04/04/2018

Dr. Abílio Cruz
MÉDICO
CREMEPE 2795

Assinatura do médico responsável pela internação

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20.01.2018
Rua da Aurora, nº 175 - 4º andar - C
1009 Vitor - CEP 50050-000
Recife - PE

INFORME - CEN 50.630.06010004.11201

Fone: 0358111825





Secretaria Municipal de Saúde Receituário

Unidade de Saúde: Hospital Getúlio Vargas
Nome: ORTOPEDIA Registro nº: _____
Clínica: ST: 5655388 Enfermaria: _____

Encaminho o Sr. Valdomiro Manoel dos Santos, 69 anos, com história de queda de bicicleta com trauma no tornozelo E e exposição de tendões e deformidade importante. PA = 120 x 80.
HD: Fratura Exposta de Tornozelo esquerdo

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, 1175, SL 902 BL. C
Box 101 - CEP: 55.065-010
RECIFE-PE

Bartira Br
Médica
CRM 31.000.000

Data: 04 / 04 / 19

MÉDICO

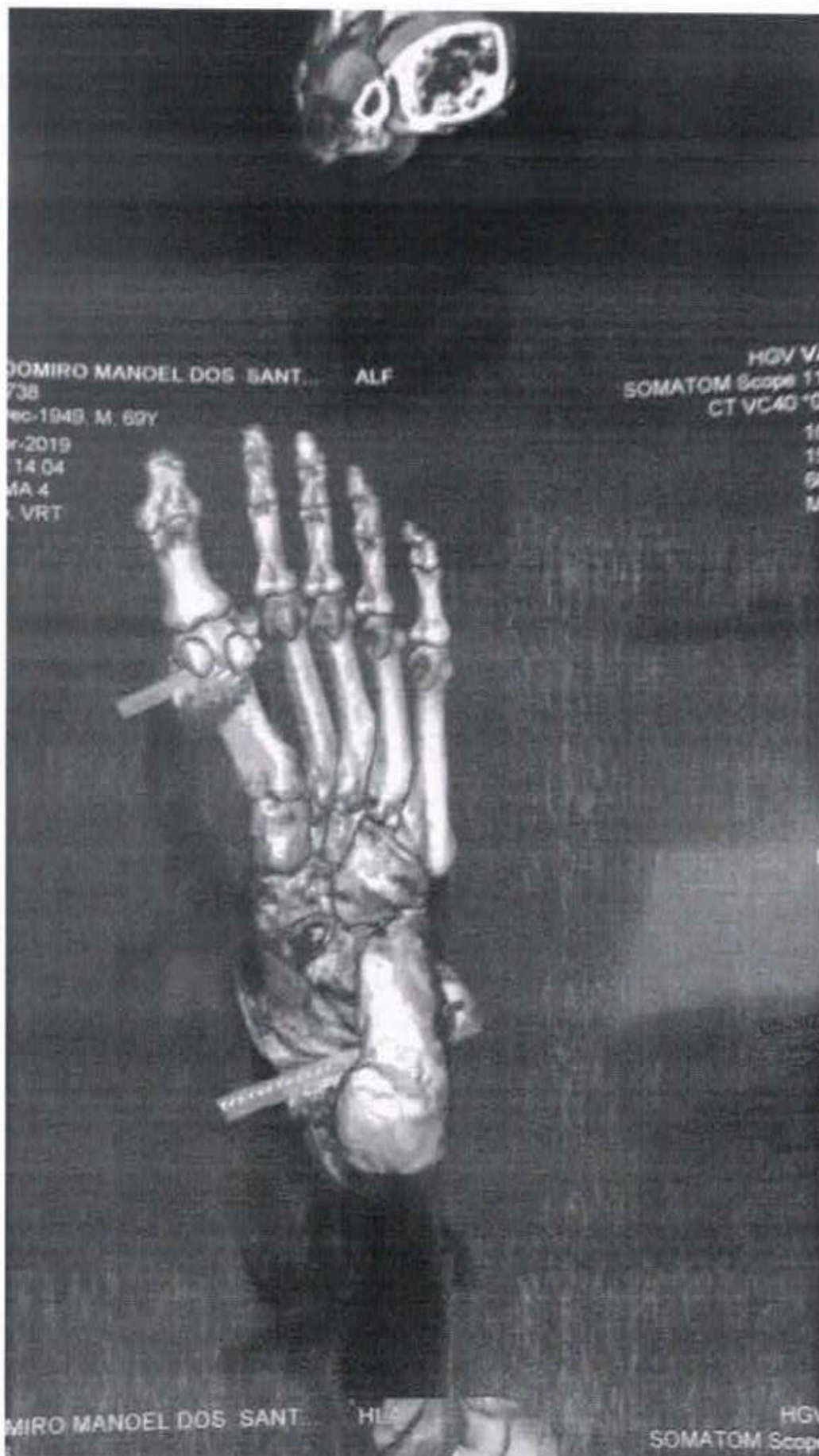
Rua Senador Vigário de Carvalho, s/n - Centro CEP: 55620-000
Fone: 81 3658.1156 | www.sec.saudegloriadogoia@hotmail.com
CNPJ: 11.393.101/0001-96





Scanned by CamScanner





DOMIRO MANOEL DOS SANT... ALF
738
ec-1949, M, 69Y
r-2019
14 04
MA 4
VRT

HGV VA
SOMATOM Scope 11
CT VC40 *0
10
15
60
M

05.902.494/0001-41
CORRETORA
SEGUROS LTDA
20 JUN 2019
Correia, Nº 175, SL 902 BL. C
Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

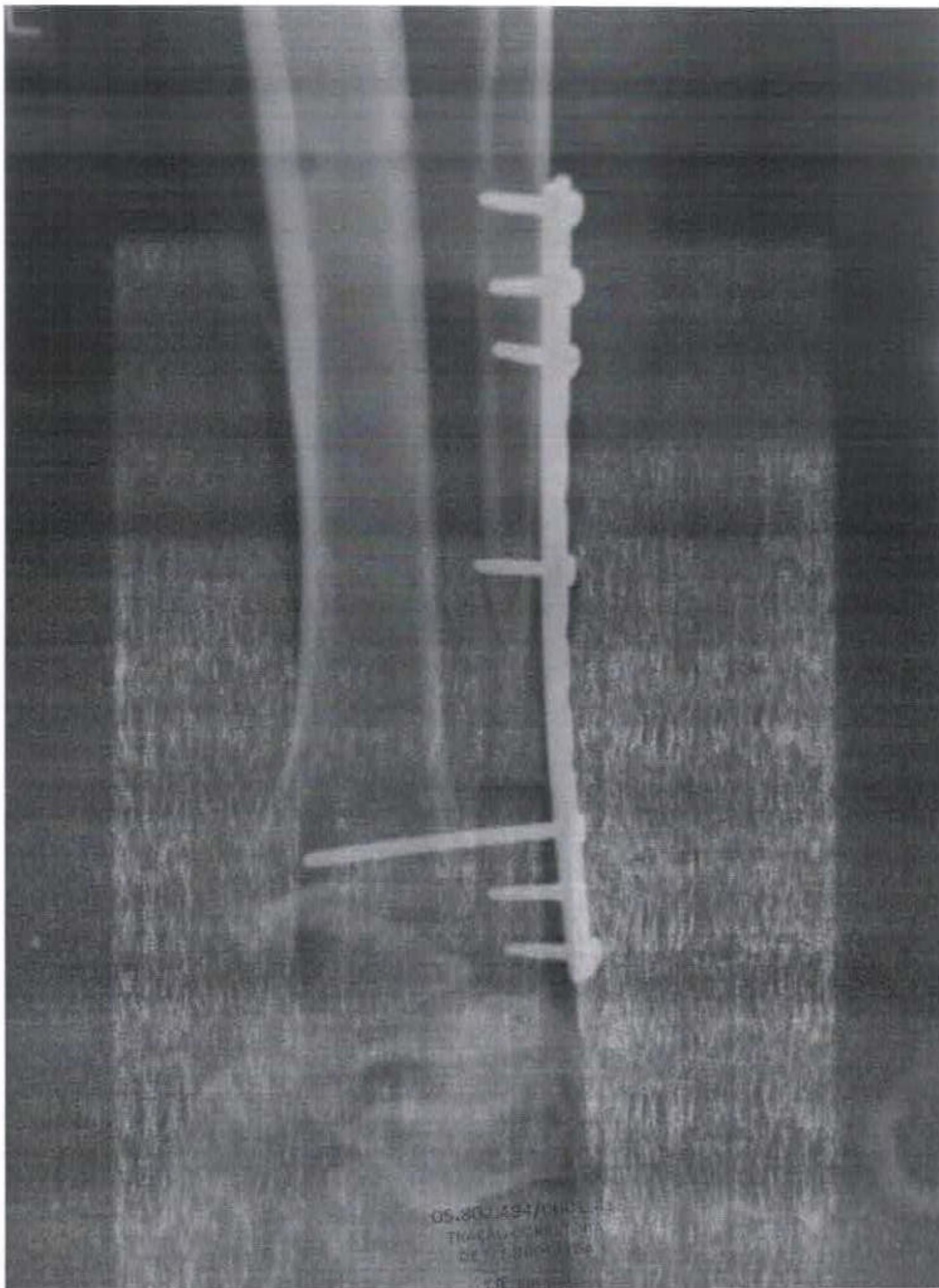
MIRO MANOEL DOS SANT...

HLA

HGV
SOMATOM Scope

Scanned by CamScanner





OS. 80.254/2010-13
FACULDADE DE CIÊNCIAS
DEPARTAMENTO DE FÍSICA
FÍSICA GERAL

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP-50.060-010

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

FC-1

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



Valdemir Manoel dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

5.802.444/0001-41
TRACAO ELETORA
DE SE... S LTDA

79
175.51.902 BL. C
40.064-010
11.24

Scanned by CamScanner



REGISTRO GERAL 809.903

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/09/2013

NOME << VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS >>

FILIAÇÃO << >>

<< >>

<< REGINA MARIA DA PAZ >>

DATA DE NASCIMENTO

05/12/1949

NATURALIDADE

GLÓRIA DO GOITÁ - PE

DOC ORIGEM << 0744680155 1958 1 00028 078

0011100 33 GLÓRIA DO GOITÁ - PE >>

CPF

247.506.974-00

Del. Jandir de S. Carneiro Leão

Delegado Gerente do IITB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-57 27.151 - 4423

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SESTURPS (1734)

Rua da Aurora, nº 355, 9.º andar
Boa Vista - CEP: 54050-000
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190390028 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/04/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 4/5/8_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190390028 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/04/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 4/5/8_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





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, 21 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190390028

Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

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 14477495





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, 08 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190390028

Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01031/01032 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190390028

Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01739/01740 - carta_03 - INVALIDEZ

00050870



Carta nº 14649486





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, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190390028

Vítima: VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o 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 tornozelo 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: **VALDOMIRO MANOEL DOS SANTOS**

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

Banco: **104**

Agência: **000003536**

Conta: **0000020547-2**

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.

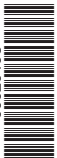
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT


Estamos aqui para Você

Pag. 00935/00936 - carta_15R - INVALIDEZ

00020468



3190/390038



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DIÁRIOS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou AGL: _____ CPF da vítima: 547.506.974-00 Rua completa da vítima: Valdomiro Manoel dos Santos

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

Nome completo: Valdomiro Manoel dos Santos CPF: 547.506.974-00

Profissão: RUA Endereço: Fátima Campesinato ALIBR6 Número: 116 Complemento: _____

Bairro: Zona Rural Cidade: GUARÁ DO OESTE Estado: PR CEP: 85620-000

E-mail: D.6664 Tel (DDD): (41) 49304-6299

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

DADOS CADASTRAIS

RECEITO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPEIRAS (Corrente para os bancos abertos. Assinale uma opção): ☐ Rendimento (22%) ☐ Taxa (24%) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (106) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: PAB Seguros Internet S.A. (990)

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 03106332-4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Assinatura: a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de multa indenizatória, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a verificação da existência, quitada total do valor recebido.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Não motivo assumido, 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 da conta da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 3.924/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso ocorrer do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Se a vítima deixou companheira(o): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo: _____

Se a vítima deixou filhos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou filhos, informar quantos: _____ Filhos: _____

Se a vítima deixou outros beneficiários: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou outros beneficiários, informar o nome completo: _____

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

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: 05.802.494/0001-41

2º Nome: _____ CPF: 23.111.2119

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

(*) Assinatura de quem assina a RDCO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Valdomiro Manoel dos Santos

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU NOME, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comparecendo-se a ele e lhe lendo o texto por ele escrito, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PPS.001 V001/2018

Instituição: 290 - PagSeguro Internet S.A.

Tipo: Conta de pagamento

Agência: 0001 Conta: 03106332-4

Instituição: 290 - PagSeguro Internet S.A.

Tipo: Conta de pagamento

Agência: 0001 Conta: 03106332-4

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
23.111.2119
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC-PR

Scanned by CamScanner



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Taxa de emissão do documento:

☐ DAAI (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do atestado de óbito:

CPF do segurado:

Nome completo do segurado:

247.506.974-00 VALDOMINO MANOEL DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 461/2017

Nome completo:

VALDOMINO MANOEL DOS SANTOS

CPF:

247.506.974-00

Profissão:

AGUA

Endereço:

Fazenda Campo Alegre

Idade:

116

Sexo:

Fono RURAL

Cidade:

GLÓRIA DO GOIÁS

Estado:

PE

CEP:

55620-000

E-mail:

AGUA

Telefone:

(71) 99606-7965

Declaro, para todos os fins de direito, todos os dados acima informados, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 2.000,00

☐ R\$ 2.000,00 A R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.000,00 A R\$ 4.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 4.000,00 A R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.000,00 A R\$ 6.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 6.000,00

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

☐ CONTA POUPEANÇA (destinada para poupar dinheiro - assinalar uma opção)

☐ Banco do Brasil (237)

☐ Caixa (341)

☐ Banco do Brasil (2011)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (todas as opções)

Nome do BANCO:

BRASIL

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

233

☒

CONTA:

64720

9

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/previdência do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo a dívida, dando-lhe o mesmo valor e efetuação do crédito, quitando total do valor recebido.

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

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

☒ Não foi IML que atende 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.

Para maiores esclarecimentos, solicito o encaminhamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando desde já, em meu benefício, a avaliação médica do IML do Instituto Médico Legal (IML) para verificação da existência e extensão da invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 5.294/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do meu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil do segurado: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do ato da vítima:

Gravidez da vítima com o segurado:

Vítima deixou (compartilhada): ☐ Sim ☒ Não

Se a vítima deixou (compartilhada), informar o nome completo:

Vítima teve filhos: ☐ Sim ☒ Não

Se vítima tiver filhos, informar quantos:

Vítima deixou (seu nome): ☐ Sim ☒ Não

Vítima deixou (seu nome): ☐ Sim ☒ Não

Declaro, sob as penas da lei, que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às vítimas beneficiárias que se apresentarem e comprovarem esta condição, incluindo morte, ainda, de que qualquer alteração ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: GLÓRIA DO GOIÁS (PE), 19/06/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem Assina o RODO

* Valdomino Manoel dos Santos

Assinatura de vítima/beneficiário (Assinante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORES

Assinatura

2 DE JUNHO DE 2019

(*) A vítima/beneficiário não afetado pelo acidente ou morte deve assinar este documento, mesmo a quem, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a sua identidade e a do segurado, antes de emitir o RODO de indenização.

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

FPL/005-0001/2018

100 Voto - CPF 54.000.000

RECEBUE



Bem-vindo ao
Banco do Brasil

Agência: **233-X**
Conta: **64720-9**



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Obrigado, !

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Estamos analisando o seu cadastro

Scanned by CamScanner

