



Número: **0090148-59.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **30/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57115281	29/01/2020 14:43	2687647_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



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

Processo: 00901485920198172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES**, 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 **07/01/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 04/04/2019.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que os documentos médicos apresentados pela parte autora não comprovam que as lesões alegadas tenham decorrido do suposto acidente.

Ademais, cabe acrescentar que o boletim de ocorrência somente foi elaborado após 03 meses do suposto sinistro, sendo comunicado de forma unilateral pela própria parte autora, sem a presença de testemunhas.



Cumpra 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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 VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 04/04/2019 após 03 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

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;



Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 07/01/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

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

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

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)



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

Conforme se verifica nos documentos acostados à exordial, constata-se a ausência de nexo causal haja vista que o boletim de ocorrência fora elaborado de forma unilateral pela própria parte autora, sem a presença de testemunhas que pudessem corroborar com as afirmações ali prestadas e que os documentos médicos apresentados não são capazes de comprovar que as lesões acometidas ao autor decorreram do acidente aduzido.

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190348642 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES Data do acidente: 07/01/2019 Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO GLENOUMERAL DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO INCRUENTA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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 irreatável 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, discorrendo 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.

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



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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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 **07/01/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), conforme comprovado abaixo:**

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:	28/06/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04861

CONTA: 000000012499-0

Autenticação:

D9F96399428CA3550F6A3E13FA9FAEBBAEBBF22311FAB6EFDC90619D2F52E650

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁶.

⁶ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA

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

www.joaobarbosaadvass.com.br



Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁷.

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO 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 citação⁸.

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 ação⁹

SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁷ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁸ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”



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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

⁹ art. 1º . (...)

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



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

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 **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES**, em curso perante a **7ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00901485920198172001.

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: **0090148-59.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **30/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57117632	29/01/2020 14:43	ANEXO 1	Outros (Documento)



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 672677

Prontuário: 293995

Nome: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Data Nasc.: 06/09/1969

Idade: 49

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 3213768

CNS: 700407419001740

Endereço: RUA DO SÍTIO SÃO BRAS

Nº: 122

Bairro: SÍTIO DOS PINTOS

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 52171170

Fone: 81970120

Profissão:

Nome da Mãe: ELZA ALVES RODRIGUES

Acompanhante: MAURICEIA DIAS MARIZ

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA TORROES

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5593635. REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / CARRO COM DOR EM OMBRO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA: 07/01/2019 HORA: 18:47 h Médico:

Queixa Principal / HDA: *REFERE DOR E DEFORMIDADE EM OMBRO
DIREITO APÓS ACIDENTE DE TRANSITO HA 8 H.*

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura m:Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações: *RELATA QUE BEBETOU AS 14 H. E SE ACIDENTOU SOZINHO A NOITE*

Exame Físico:

A: Geral *BOM* Via aérea esta pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temperatura: C°*TOSSO, EVAMECO, HEMITADO*

C: Respiratório

NO RM

C: Circulatório PA: x mm mm | Pulso: bpm:

*NO RM*D: Exames Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Escore:

Escore:

Hora:

*NO RM*05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAR 2019

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL-C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 07/01/2019 18:35

Nome Paciente:	MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	06/03/1969
Sexo:	Masculino
Idade:	49
Senha:	E0041
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 07/01/2019 18:37 - 07/01/2019 18:38

SUZI ASSIS CARVALHO DE LIMA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE HIPOCORADO REFERE COLISÃO LATERAL MOTO X CARRO. HÁ 6HS. QUEIXANDO - SE DE DOR EM OMBRO DIR.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - EVENTO RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 4

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

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

Acolhido(a) por: SUZI ASSIS CARVALHO DE LIMA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/01/2019 18:38

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Nome: **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES**

Nº registro: **653741**

Dt. Nasc.: **06/03/69 - 49 ano (s)**

Mãe: **ELZA ALVES RODRIGUES**

Sexo: **Masculino**

Fone: **81 98197-0120**

Endereço: **R SÃO BRAZ, nº 122, SÍTIO DOS PINTOS, RECIFE - PE**

Data/hora: **07/01/2019 - 12:04** Nº pág.: **1/2**

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: **ORTOPEDIA - AMARELO**

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA

- PCT TRAZIDO PELO SAMU COM QUEIXA DE DOR MODERADA EM OMBRO DIREITO APOS QUEDA DE MOTO

ORIGEM

-

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

-

ALERGIA MEDICAMENTOSA (-) HAS (-) DM (-)

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS

- DOR 7

DOR 7

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

-

MEDICA:

PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU, COM HISTÓRICO DE DOR EM OMBRO DIREITO APOS RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

A- VIAS AERÉAS LIVRES, SEM COLAR CERVICAL (RETIRADO PELO DOENTE) E PRANCHA RÍGIDA

B- MV + EM AHT, SRA, FR:14

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torreões CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

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



Nome: **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES**

Nº registro: **653741**

Sexo: **Masculino**

Fone: **81 98197-0120**

Endereço: **R. SÃO BRAZ, nº 122, SÍTIO DOS PINTOS. RECIFE - PE**

Data/hora: **07/01/2019 - 12:04**

C. DASH LEVINE, ADOLESCENTE, FC: PALLIO A SU PIRING

N. GLASGOW 15

E- DOR EM MEMBRAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S430 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR

OBSERVAÇÕES:

Evolução do paciente:

FEITO ANALGÉSIA, TENTANDO REALIZAR REDUÇÃO SEM SUCESSO
ENCAMINHO PARA REDUÇÃO SOB SEDAÇÃO

HGV- TRAUMATO

SENHA 5593635

Resultados de Exames:

RX EVIDENCIADO LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR

Dra. Fabiana Emerenciana
Coord. Médica - CRM 171
UPA Torrões

Dr. AIRTON CESAR PEREIRA DE SA FILHO
CRM: 22186

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS UPA
28 MAI 2019
Rua da Aurora, nº 173, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torrões CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

**HOSPITAL
Getúlio Vargas****FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA**

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)

OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

SEDAÇÃO/ANESTESIA

MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

COLOCADO PULSEIRA ROXA

NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

SIM

NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

Avenida General San Martin - Condição
Recife/PE - CEP 51.040-000
Fone: (0XX) 61.31845800

HGV 1028 V.1.2013.

05.80.2494/0001-41
CORRETORES
DE SEGUROS LTDA
20 MAI 2020
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Bela Vista - CEP 51.050-010
RECIFE-PE





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen <i>YOUNG</i>	
Diagnóstico Inicial: <i>SCM TUMOR DEFORMITATE EM DOBRO DIÂMETRO</i> <i>TRATAMENTO SUBCUTÂNEO DE UMBILICO DILATADO</i> <i>LUXACAO ECTOPICIZACAO A DISTANCIA</i>	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados: 1 - Especializados	
Resultado de Exames: <i>RX</i>	Código Procedimento: <i>Dr. Sérgio Tavares</i> <i>Traumatologia - Ortopedia</i> <i>CRM: 9741</i> <i>Mat: 230222-5</i> <i>Ass. Médico + Carimbo</i> Código Procedimento:
Tratamento / Procedimentos: <i>ABDOCO CIRCUNCIZAO ANTALOUPE</i>	Ass. Médico + Carimbo
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso:	Condição de Alta:
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadit-se	☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐	Assist. Social
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: 07/01/2019 18:47 h JOSENEIDEAS	Impressão: 07/01/2019 18:47 h JOSENEIDEAS



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 MAI 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50060-010
RECIFE-PE

Médico



32/04/19

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas 

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr.(a) Marcos
LUIZ ALVARO RODRIGUES
necessita de 15
QUINZE dias de
afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo
de doença.
CID: 542

H. G. V.
HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

RECIFE 07/01/19
LOCALIDADE E DATA

Dr. Sérgio Tavares
Tratamento - Ortopedia
CRM: 9744
Mat. 230220-5

[Assinatura]
Assinatura do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é valido para finalidades
previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto
nº60.501 de 14/03/1967 e será expedido para
justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do
trabalho.

Avenida General San Martin s/n - Cordeiros
Recife/PE - CEP 50.830-060
Fone: (081) 31945900

HGV.1017 V 1 2013

ALVOS

MARCOS LUIZ
RODRIGUES

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

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



22/01/19

	Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas	
ATESTADO MÉDICO		
ATESTADO que o (a) Sr.(a) <u>Marcos</u> <u>Luiz Arum Rodriguez</u> necessita de <u>15</u> <u>quinze</u> dias de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.		
CID: <u>542</u>		
<u>H. GV.</u> HOSPITAL OU AMBULATÓRIO		
<u>Recife 07/01/19</u> LOCALIDADE E DATA		
Dr. Sérgio Tavares Tratado - Ortopedia CRM: 9743 Mat. 230220-5		
Assinatura do Médico - CRM nº		
NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.		
Avenida General San Martin s/n - Candeia Recife/PE - CEP 50.930-000 Fone: 0800 81.21845000		
HGV 1017 V 1.2013		

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

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





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

1. Ocorrência da Emergência: 672677

1.1 - Atendimentos em: 07/01/19

1.2 - Às 18 horas e 47 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 293995

2.1 - Internado em: 07/01/19

2.2 - Alta em: 10/01/19

3. Hipótese Diagnóstica: LUXAÇÃO GLENO UMERAL DIREITA.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 07/01/19 = REDUÇÃO DA LUXAÇÃO GLENO UMERAL DIREITA.

5. Observação: ACIDENTE DE TRABALHO.

DATA: 15.4.2019

HORA: 09:28:53

PASTA: 01.03.2019

TB

LP

Dr. Tadeu Buril
Médico Vascular
CRM 5017 / Mat. 0586663

Dr. Tadeu Buril.

OS.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

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



Nome: **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES**

Nº registro: **653741**

Dt. Nasc.: **06/03/69 - 49 ano (s)**

Mãe: **ELZA ALVES RODRIGUES**

Endereço: **R SÃO BRAZ, nº 122, SÍTIO DOS PINTOS, RECIFE - PE**

Data/hora: **07/01/2019 - 15:56**

Nº pág.: **1/1**

Sexo: **Masculino**

Fone: **81 98197-0120**

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : NÃO

AMBULÂNCIA BÁSICA(USB)

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE CONSUZIDO PELO SAMU, APRESENTANDO DOR EM REGIOA DE OMBRO DIREITO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO

EXAME FÍSICO:

Peso:

PA: x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: ()

Temperatura: °

A- VIAS AEREAS LIVRES, SEM COLAR CERVICAL (RETIRADO PELO DOENTE) E PRANCHA RIGIDA

B- MV + EM AHT, SRA, FR:14

C- BACIA LIVRE, ABDOMEN INDOLOR, FC: PA:110 X 80 MMHG

D- GLASGOW 15

E- DOR EM OMBRO DIRETI, SINAL DA DRAGONA POSITIVO

CONDUTA:

ANALGESIA, IMOBILIZAÇÃO

Exames Complementares/Resultados:

RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S430 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO | ARTICULAÇÃO GLENOUMERAL

**OBSERVAÇÕES : PACIENTE NAO COOPERATIVO
FAZER REDUÇÃO SOB SEDAÇÃO**

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hosp. Getulio Vargas

Especialidade: TRAUMATO-ORTOPEDIA

Senha: 5593835

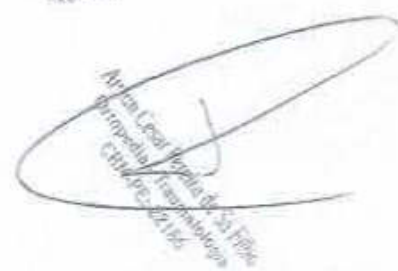
PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS :NÃO

Dr. AIRTON CESAR PEREIRA DE SA FILHO
CRM: 22186

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

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


Ailton Cesar Pereira de Sa Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 22186

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torres CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440





Scanned by CamScanner





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

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

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

NOME: **MARCONI LUIZ ALVES RODRIGUES**

CPF: **021.714.888-00**

RG: **019.400.700-01** DATA: **08/03/1968**

TIPO: **LOTE MORTUÁRIO**

PLACA: **BLA ALVES RODRIGUES**

PERMITE: **0000000000** REC: **0000000000** OUT: **0000000000**

DATA: **04/08/2007** VALIDADE: **20/08/2007**

ASSINATURA: *Assinatura*

LOCAL: **RECIFE - PE** DATA: **31/08/2008**

ASSINATURA: *Assinatura*

DETER - PE - PERNAMBUCO

VALIDADE EM TODAS AS TRANSPORTES NACIONAIS
1107152650

REGRAS PLANTILHA
1107152650

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
2 P. MAI 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 JAN 2019

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



Num. 57117632 - Pág. 15

DECLARAÇÃO

Número de Boletim: 73421

Local: ESTRADA DOS REMÉDIOS - Afogados

Data: 07/01/2019

Hora:

Veículo(s) de Placa(s): PCX7534 - PCR5370 - - -

Natureza do acidente: Abaloamento Longitudinal

Vítima(s):

MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES - - - - -

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos, o registro de um acidente com vítima com os dados acima referidos, não podendo a CTTU emitir cópia do Registro Estatístico, tendo em vista que, em acidentes com vítima, a competência não é desta Autarquia, sendo o registro realizado apenas para fins estatísticos.

Recife, 16 de janeiro de 2019

Celso Rodrigues
Diretor de TrânsitoFabiano Ferraz
Diretor de Trânsito AUTENTICAÇÃO PELA CTTU/GOC
Ass. Resp. *[Signature]* Matr. N° 10884

Rua Frei Casalmiro, 91 - Santo Amaro - Recife-PE - CEP: 50100-260 - Fone: (81) 3232-5300 - fax (81) 3232-5328
Email: cttu@recife.pe.gov.br

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORETORA
DE SEGUROS UTA

28 MAI 2019

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190348642 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO GLENOUMERAL DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO INCRUENTA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190348642 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO GLENOUMERAL DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO INCRUENTA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO PÁG. 04 09 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





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, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190348642

Vítima: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

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 14401716





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, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190348642

Vítima: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **341**

Agência: **000004861**

Conta: **0000012499-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 519.852.924-91	Nome completo da vítima: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES	CPF: 519.852.924-91	
Profissão: SUPERVISOR	Endereço: RUA DO SÍTIO SÃO BOM	Número: 122
Bairro: SÍTIO DOS PINHOS	Cidade: RECIFE	Estado: PE
E-mail:	CEP: 52.171-170	Tel. (DDD): 1819.8488-7131

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

RENDAS MENSAL:

☐ RECLUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0861 ☐ CONTA: 12499 ☐

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grav de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: 05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS
2ª Nome: _____
CPF: 211.111.111
Rua da Aurora, 1075, SL 902 BL. C
Boa Vista, Recife-PE
RECIFE-PE

Local e Data: RECIFE, 04 DE ABRIL DE 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina (ARROBA)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

FPB.001.V01/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLICIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPTD

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2093000071**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/04/2019** às **11:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **7/1/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DOS REMEDIOS, 01 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **MERCADO PUBLICO DE AFOGADOS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES**

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

MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELZA ALVES RODRIGUES Pai: LUIZ RODRIGUES Data de Nascimento: **6/3/1969** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3213766/SSP/PE (RG), 51985292491 (CPF), 02436322047 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **SUPERVISOR** Telefones Celulares: **- 982120053**

Endereço Residencial: **RUA DO SÍTIO SÃO BRAS, 122 - CEP: 55000-000 - Bairro: SÍTIO DOS PINTOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, ARMAZÉM COUTO.**

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

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Unitário: **1 (REAL)**
Placa: **PCX-753 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **108363598** Chassi: **9C2JD2320FR206692**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2015** Combustível: **GASOLINA**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

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

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CRUZE** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Unitário: **1 (REAL)**

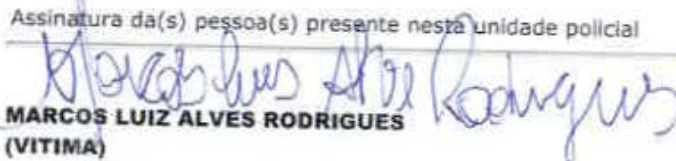


Descrição: **VEICULO TAXI DE PRAÇA DE RECIFE DE COR BRANCA DE PLACA NÃO ANOTADA.**

Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA AVENIDA ESTRADA DOS REMÉDIOS NA AUTURA DO MERCADO PÚBLICO DE AFOGADOS NO SENTIDO AFOGADOS/IMBIRIBEIRA, QUANDO UM TAXI DE PRAÇA DO RECEFE FEZ UM CONTORNA EM FRENTE AO VEÍCULO DA VÍTIMA QUE NÃO TEVE TEMPO DE FRENAGEM, VINDO O VEÍCULO TAXI A COLIDIR COM A MOTOCICLETA OCASIONANDO A QUEDA DO MESMO FERINDO A VÍTIMA NO OMBRO DIREITO E ANTEBRAÇO DIREITO, DESLOCANDO E FRATURANDO O OMBRO DIREITO.SEGUNDO FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA DOS TORRÕES, OUVU UMA LUXAÇÃO DA ARTICULA DO OMBROÇÃO/ ARTICULAÇÃO GLENOUMERAL, FEITO PELA DRA. FABIANA EMERENCIANA. COORDENADORA MÉDICA. CASO AFETO A DELEGACIA DE AFOGADOS.

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


MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **COARACY BEZERRA DA LUZ** - Matrícula: **151386-9**


Ewerton de O. Cunha
Agente de Polícia
Mat. 272.883-4

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2 R MAI 2019

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 519.852.924-91	Nome completo da vítima: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES	CPF: 519.852.924-91	
Profissão: SUPERVISOR	Endereço: RUA DO SÍTIO SÃO BOM	Número: 122
Bairro: SÍTIO DOS PINHOS	Cidade: RECIFE	Estado: PE
E-mail:	CEP: 52.171-170	Tel. (DDD): 1819.8488-7131

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

RENTA MENSAL:

☐ RECLUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0861 ☐ CONTA: 12499 ☐

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grav de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: 05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS
2ª Nome: _____
CPF: _____
Rua da Aurora, 1875, SL 902 BL. C
Boa Vista, Recife-PE

Local e Data: RECIFE, 04 DE ABRIL DE 2019

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

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

FPB.001.V01/2018



Nome: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

Nº registro: 653741

Dt. Nasc.: 06/03/69 - 49 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: ELZA ALVES RODRIGUES

Fone: 81 98197-0120

Endereço: R. SÃO BRAZ, nº 122, SÍTIO DOS PINTOS, RECIFE - PE

Data/hora: 07/01/2019 - 12:04 **Nº pág.:** 1/2

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: ORTOPEDIA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA

- PCT TRAZIDO PELO SAMU COM QUEIXA DE DOR MODERADA EM OMBRO DIREITO APOS QUEDA DE MOTO

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

ALERGIA MEDICAMENTOSA (-) HAS (-) DM (-)

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e medidas clínicas

- DOR 7

DOR 7

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA:

PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU, COM HISTORICO DE DOR EM OMBRO DIREITO APOS RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E VOMITOS

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

A- VIAS AEREAS LIVRES, SEM COLAR CERVICAL (RETIRADO PELO DOENTE) E PRANCHA RIGIDA

B- MV + EM AHT, SRA, FR:14

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

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

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torreões CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04861

CONTA: 000000012499-0

Autenticação:

D9F96399428CA3550F6A3E13FA9FAEBABEBF22311FAB6EFDC90619D2F52E650



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-53



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

PELPE DOS SANTOS BATISTA
CPF: 167.541.984-05

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO SÍTIO SÃO BRAZ 122

SÍTIO DOS PINTOS/RECIFE
52171-179 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
14/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
62,42

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
29/04/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
07/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
060240933

CONTA CONTRATO
007020183319

Nº DO CLIENTE
2014126878

Nº DA INSTALAÇÃO
0002899831

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

07CA.E10E.023F.06FE.0C8D.850F.2406.2515

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	89,00	0,77465579	68,97
ICMS Subvenção-CDE-NF 052981166-28/02/19			0,45
TOTAL DA FATURA			62,42

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
61,97	25,00	15,49	61,97	1,35	0,83	61,97	6,21	3,84

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,32043791	ABR 19	80
		MAR 19	74
		FEV 19	76
		JAN 19	80
		DEZ 18	70
		NOV 18	80
		OUT 18	70
		SET 18	85
		AGO 18	69
		JUL 18	71
		JUN 18	85
		MAY 18	79
		ABR 18	80

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Tensão de Energia	18,89	30,56
Transmissão	5,77	9,24
Distribuição (Celpe)	12,64	20,26
Encargos Setoriais	5,30	8,49
Tributos	24,17	38,84
Perdas de Energia	4,67	7,49
TOTAL	61,97	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FASEÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	DIAS	CONSTANTE	AZULEJO	CONSUMO kWh
772333	CAT	28/03/2019	19.840,00	28/04/2019	19.840,00	0,00	89,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
fev/2019					
DE-Atividade sem Energia		3,99	3,97	18,15	28,30
FG-Horário de restrição sem Energia		3,99	3,33	9,47	12,95
DMC-Duração máxima da interrupção contínua		3,99	2,85	9,89	5,99
INCR-Duração de interrupção sem dia crítico					Limite DCCR: 12,22
EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,88					
Tudo Considerado pode sofrer a aplicação dos Indicadores DCR, FG, USUR e DCCR e outros fatores					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Mantenha sempre em mãos o cartão de crédito ou o cartão de débito. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 29.453/13. A partir de 28/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,76% para Alta Tensão-REH 2.335/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pague, em atraso para multa 2% (Res-414/ANEEL), Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007020183319	04/2019	62,42	14/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1376713701

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO			
CEPE Av. João de Barros, 111 Boa Vista Recife - Pernambuco CEP: 50050-902 CNPJ: 08.888.888/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0806443-43		celpe Grupo Neoenergia www.celpe.com.br	
DADOS DO CLIENTE: OZIEL MARIANO DA SILVA		DATA DE VENCIMENTO 02/01/2019	
ENDEREÇO AV PROF AGAMENON MAGALHÃES 473 VILA POPULAR/VOLANDA -53130-010 OLINDA PE -		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/12/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 21/12/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 043795037	
PERÍODO CONSUMO 21/11/2018 a 21/12/2018		CONSUMO 130	
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,89 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 24,34			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		VIA PARA PAGAMENTO	
Destaque para:			
CONTA CONTRATO 0676751025	MÊS/ANO 12/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 106,42	VENCIMENTO 02/01/2019
TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ao rasgar. Este carnê será usado em Inteira Gôia.			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			
838100000018 864200110000 676751025106 137762388630			



05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 28 MAI 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 31 JAN 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221264 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECABWEB/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 ALLIONE GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 028466.6584 58 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 519.852.9241 91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCOS LUIZ ALVES RODRIGUES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 519.852.9241 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSA - ME Renda: RECUSA - ME 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>AV. PROF. ALAMENON MAGALHÃES</u>		Número <u>433</u>	Complemento
Bairro <u>VILA ROQUELA</u>	Cidade <u>GOIÂNIA</u>	Estado <u>GO</u>	CEP <u>73.230-010</u>
Email		Telefone comercial (DDD) <u>(61) 9.8488.7111</u>	Telefone celular (DDD)

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAI 2019

Local e Data

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

Allione Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

