



Número: **0080195-71.2019.8.17.2001**

Classe: **PETIÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
M. L. T. M. D. S. (REQUERENTE)		DELLEON MICHAEL SOARES DE SOUZA (ADVOGADO)	
LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA (REPRESENTANTE)		DELLEON MICHAEL SOARES DE SOUZA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REQUERIDO)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57215 257	31/01/2020 10:36	2687812_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00801957120198172001

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 **MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA**, menor impúbere, representada pelo seu genitor, **LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA**, 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 **29/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 08/04/2019.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

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 30/12/2018 após 04 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 29/12/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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.

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



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, CPC¹.

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

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

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

¹“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)



DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que 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.

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

² 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.

³ **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."



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 a parte Autora, 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.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁴, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁵.

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 ação⁶.

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.

⁴“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.” (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁵“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁶art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da 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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Ante a presença de menor impúbere no polo ativo da presente demanda, requer a intimação de representante do Ministério Público para intervir, conforme estabelece o art. 178 do CPC.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

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

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

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

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



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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 22 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 nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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 **MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA**, em curso perante a **24ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00801957120198172001.

Rio de Janeiro, 22 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: **0080195-71.2019.8.17.2001**

Classe: **PETIÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
M. L. T. M. D. S. (REQUERENTE)		DELLEON MICHAEL SOARES DE SOUZA (ADVOGADO)	
LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA (REPRESENTANTE)		DELLEON MICHAEL SOARES DE SOUZA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REQUERIDO)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57215258	31/01/2020 10:36	ANEXO 1	Outros (Documento)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

R# do sinistro ou ASL:	CFF da vítima:	Nome completo da vítima:
	71670492478	Maria Luíza Tenório Moreira da Silva

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

Nome completo: Rui Henrique da Silva Moreira		CPF: 07106900451	
Profissão: 8	Emprego: Rua Unil de Helanda	Número: 1355	Complemento: BL-C AP-3
Endereço: Amor do Tio	Cidade: Recife	Estado: PE	CPF: 50431 150
E-mail: mia.pereira			Id: 1819808954m

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

RENTA MENSUAL:

☒ RPOUSO 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)☐ Brasile (237) ☐ Itália (341)☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1294 ☐ CONTA: 61795 ☐ 9
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo 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 auto do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização da Seguradora (DIPVA) por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas do Segurado Lúcia para verificação da existência e quantificação dos 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 ocorra ao seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

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

Profissão
digital da
vitrine da
transformação
digital do setor

Local e Data,

Nome:

CPE:

(*) Assinatura de quem assina A RGO

TESTEMUNHAS

1° Nome:

CPF:

Signature _____

2e Nome:

CPE:

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (a Houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/funcionário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÓGO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

SABEMI – REC. EM 20 MAR 2019





Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 045.01.2019
EM: 14.01.2019

Atendendo ao requerimento do Sr. LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA, portador do Documento de Identidade nº 6507484 SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 071.069.004-51, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº S-570757, que no dia 29 de dezembro de 2018, a paciente Sra. MARIA LUISA TENÓRI MOREIRA DA SILVA, portadora do Documento de Identidade nº 10767370 SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº 716.704.924-78, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito por atropelamento envolvendo automóvel, por volta das 08h30, na Rua Cantora Dalva de Oliveira, imediações a Padaria Rainha e ao lado SEST SENAC, no bairro Porto da Madeira, Recife/PE, encaminhada para a UPA Nova Descoberta e, posteriormente, redirecionada para o Hospital Geral Otávio de Freitas, Recife, 14 de janeiro de 2019.

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

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

SABEMI - REC. EM 20 MAR 2019





AVENIDA CLODE CARBON - NÚM. 1587 - FAVO AMARILHOS - JARDIM
CEP: 80040-000 - Fone: (041) 0000 0811/0195
Fone: (041) 0000 0811/0195
CNPJ: 09.758.638/0001-34
Site: www.compessa.com.br

Nº Documento: 201901107384400

Escritório: ALTO DO CEU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

PARA O CLIENTE

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

R BRIL DE DOCARA, N. 01355 - BL-C APT-003 - LINHA DO TUPA RECIFE PE 52:31-153

INSCRIÇÃO: 350.235.215.1660.304

GRUPO 14

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 10/38440.0

DESTINATÁRIO:

ENDEREÇO PARA ENTREGA

LIGADO		SISTEMA DE SANEAMENTO		SISTEMA DE SANEAMENTO		SISTEMA DE SANEAMENTO	
FUNDACIONAL		FUNDACIONAL		FUNDACIONAL		FUNDACIONAL	
ALCANTARAL		09/01/2019		08/02/2019		08/02/2019	
LIGADO		CONSUMO: 16		ESGOTO		VOLUME: 3	
LIG. ANT.: 365				LIG. ANT.: 365			
LIG. ATUAL: 365				LIG. ATUAL: 365			
LIG. FAL.: 365				LIG. FAL.: 365			
HISTÓRICO DE CONSUMO				HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERÊNCIA/CONSUMO				REFERÊNCIA/CONSUMO			
12/2018 14/				12/2018 14/			
11/2018 16/				11/2018 16/			
10/2018 16/				10/2018 16/			
09/2018 8/				09/2018 8/			
08/2018 10/				08/2018 10/			
07/2018 14/				07/2018 14/			
MÉDIA 13/ 0				MÉDIA 13/ 0			
ANÁLISES				ANÁLISES			
TUBULOS				TUBULOS			
COR APARENTE				COR APARENTE			
CÍRCULO EFETIVO				CÍRCULO EFETIVO			
COLIFORMES TOTAIS				COLIFORMES TOTAIS			
M.C.O.				M.C.O.			
COMENTÁRIOS: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.				COMENTÁRIOS: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.			
(2) 05 AMOSTRAS COLIFORMES TOTAIS, CIRCUNFERÊNCIA 0,01 e 0,02 MICRONS NÃO				(2) 05 AMOSTRAS COLIFORMES TOTAIS, CIRCUNFERÊNCIA 0,01 e 0,02 MICRONS NÃO			
INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.				INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.			
(3) 05 PARÂMETROS COM E TUBULOS SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO				(3) 05 PARÂMETROS COM E TUBULOS SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO			
FIÁVEL DA ÁGUA.				FIÁVEL DA ÁGUA.			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATS 10 M3 - R\$ 8,65 (POR UNIDADE)

1. M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

RENTA P/IMPERMANÊNCIA 12/2018

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

10 M3	10 M3	8,65
1. M3 A 20 M3	6 M3	28,44
RENTA P/IMPERMANÊNCIA		0,55

PIS

37,00

1,65

3,61

COTIN

37,00

7,60

2,82

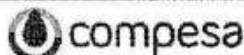
VENCIMENTO: 20/02/2019

TOTAL A PAGAR: 37,64

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 28,35. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-TIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emissão por: INTERNET

Emissão em: 21/02/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Paranaíba

0800-2813844

Matrícula: 10738440.0

01/2019-6

VENCIMENTO: 20/02/2019

TOTAL A PAGAR: 37,64

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82850000000-0 37640018360-8 10738440001-2 01201960003-1



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SABEMI - REC. EM 20 MAR 2019





SABEMI - REC. EM 20 MAR 2019

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica () **SENHA 558112**
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO
Nome do Paciente: Maria Lize Zeno Moura Idade: 14
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco de Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Sofocamento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressão: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS
História Clínica Atual: Atropelamento na rua com carro
em movimento
Hipótese Diagnóstica: fr. ossos perna (2)

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (g/dl): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () RAR: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estertor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

SABEMI - REC. EM 20 MAR 2019



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA
Data Nasc.: 31/08/2004 Idade: 14 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNB: 701401800746437
Endereço: RUA JOSE AMARINO DOS REIS Nº: 3
Bairro: LINHA DO TIRO Cidade: RECIFE Estado: PE
CEP: 52131592 Fone: 558184895401
Acompanhante: Celular:
Nome da Mãe: EULINA TENORIO DA SILVA Profissão:
Nome do Conjuge:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

*Notificação
JST/H*

2 - ATENDIMENTO

Data: 29/12/2018 11:04

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*PACIENTE DEFENDE TRAUMA
APÓS ACIDENTE AUTOMOBILISTAS*

Exame Físico:

PA: FC: FR:

PEDESTRE X CARRO

GLASGOW 15

Diag. Provisório:

*ENVIEZ 2 LUM
NEUROVASCULAR PRESENTE*

FRACTURA / GESSO

Prescrição:

Data

05/01

Dieta:

*0020
0020*

Horário

*DA DERM
F*

MI

0.010mg 4 + 137

6 ALTA 13:30

1 de 2

*Renato Costa
Ortopedia*





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

HOF	
Atualizado exames Radiológicos	
Prima EAP/P	29/12/2018
Reg.	Ass. R. R. R.
ALTA + ONI-EUA	
AO AMB. ONI-EUA	

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido		Paciente	() Familiar
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.			
Nome:		RG:	
Endereço:		Tel.:	
Data:	/ /		
Assinatura			

Autorização de Procedimento		() Paciente	() Familiar
Nome:		RG:	
Endereço:		Tel.:	
Procedimento:			
Assinatura			

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente	
() Alta	() Cirurgia
() Óbito	() Evadiu-se
() Termo de Alta a Pedido	() Transferência:
() Internamento	

Condição de Alta	
() Curado	() Melhorado
() Inalterado	() Óbito

Data:	/ /	Hora:	Médico:	CRM:
-------	-----	-------	---------	------

29/12/2018 11:04:58
2 de 2

Usuario do Atendimento
ROSINETE BDS



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Reclassificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 29/12/2018 11:04

Nome Paciente:	MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA
Cód. Paciente:	1076593
Data de Nascimento:	31/08/2004
Sexo:	Feminino
Idade:	14
Senha:	FN0016
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3283495
SAME:	1076593

Período: 29/12/2018 11:09 - 29/12/2018 11:09

MAPLY MOTA DA SILVA SOUZA - COREN: 55110 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Proridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VEIO ENCAMINHADA DA UPA NOVA DESCOBERTA. SOFREU ATROPELAMENTO POR CARRO HOJE DE MANHA. NAO VOMITOU, NAO DESMAIOU. TRAUMA EM MIELOQUEIXA DE DOR.

Floxoqran a sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: MAPLY MOTA DA SILVA SOUZA - COREN: 55110 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/12/2018 11:09

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Exame Neurológico
Avaliação Primária: Motor () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Inresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta inapropriada 3
 Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Decerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Déficit na respiração labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hábito Alcolóico () Alteração na Marcha () Sono de Agressão () Alteração no Hômito ()
Uso outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cocaína () Crack () Lapa perfume () Ametaminas () Ecstasy ()

CONDUITA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenoterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica Assistida: _____
Reanimação Cardiorrespiratória: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condições: _____
Intoxicações: _____

FI02: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Admissão TCE Crânio

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____
Médico Regulador: _____ Hora: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Prévia 30/01/20
Local e data

Daniel Cabral
Ortopedista / Traumatologista
CRM-MG 24.031

Médico Assistente



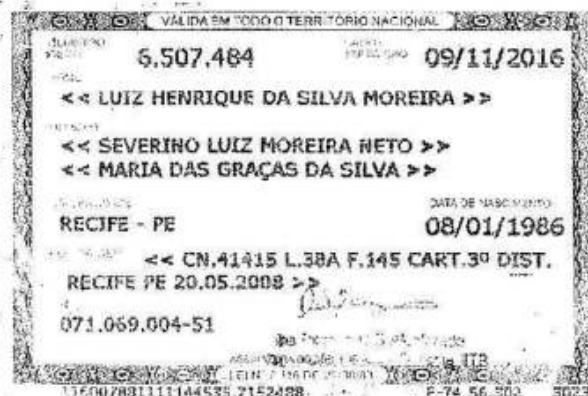


SABEMI - REC. EM 20 MAR 2019





SABEMI - REC. EM 20 MAR 2019



VITIMA Mecalia Guilher Tecorio moreira do Silva

DATA DO ACIDENTE 25/12/2018 CPF DA VITIMA 316.704.924-78

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA

X REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂNTESCO COM

ANALYST: 3741

ENDEREÇO DO PORTADOR Univ. de Holandá

Nº 1755 COMPLEMENTO 31-C AP 03 BAIRRO Parque do Tunes

CEADDE Recife UF PE CEP 52060-150

EMAIL: 700300201 TELEPHONE: (81) 584895701

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

-DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () PRESTIJO DE COERÊNCIA EXERCIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () JÁ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE KURIGAMA, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CERCELA)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRODER OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO CANCELADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira de Identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou carteira nacional de habilitação (cópia simples e legível);
() CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível);
() comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível);
() comprovante da renda bruta (original).

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE DECLARAÇÃO EXERCIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CTP DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INDIRICANDO AS LESÕES SÓRIDAS OU DE COERÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CONDOMÍNIOS, RESIDÊNCIAS E LUGARES DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS, CONTÁBEIS E LÍQUIDAS DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOBRE DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO, CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS CUSTOS PAGADOS, TAIS COMO CÓPIA DO FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANQUÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CONTRARIA SE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE PODERER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CONTRIBUIÇÃO TRABALHADA OU CONTRIBUIÇÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÔNIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE PODERER (CÔNIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () DECLARANTE DE RESIDÊNCIA EM MOG DO REPRESENTANTE LEGAL, SE PODERER (CÔNIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- | |
|--|
| • INCÊNDIO = R\$ 13.500,00 |
| • INVALÍDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADUAÇÃO DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGUNDO PREVISTA NA LEI 6.196/74. |
| • DESPESAS MÉDICAS (DIÁRIAS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (DIÁRIO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. |
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PÉDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVA.TESOUROODOTRANSPIC.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1203.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 21/08/2013

6507-484

IDENTIDADE DO: 02.02.15

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATE 24/02/2015

NOTE: Follow these instructions

Amur



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190211527 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUISA TENORIO MOREIRA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A
DA SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA. P2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190211527 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUISA TENORIO MOREIRA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A
DA SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA. P2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00





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

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190211527

Vítima: MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA

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 14088719

Pag. 01629/01630 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190211527

Vítima: MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA

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

Boletim de ocorrência 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. 00025/00026 - carta_03 - INVALIDEZ

00070013



Carta nº 14091294





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, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190211527

Vítima: MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00139/00140 - carta_04 - INVALIDEZ

00060070



Carta nº 14262534





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CFF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: CPF: 07106900451

Profissão: ZELADOR Número: 1355 Complemento: BL-C AP-3

Endereço: Rua Unil de Helomada Cidade: Recife Estado: PE CEP: 52131-150

Bairro: Pombal do Tiro E-mail: não possui

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

RENDA MENSAL:

☒ R\$ 0,00 INFORMAR ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ 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: 1094 CONTA: 61795 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos seus 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.

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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

SABEMI - REC. EM 20 MAR 2019



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia civil/infopol/xml/BOEPrev...



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
CENTRAL DE PLANTOES DA CAPITAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E1174014868**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/12/2018 às
12:25

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 29/12/2018 às 07:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CANTORA DALVA DE OLIVEIRA, 1 -
Bairro: PORTO DA MADEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**SUSPEITO (AUTOR/AGENTE)
LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA (NOTICIANTE)
MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): SUSPEITO**

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

**MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: KULINA TENORIO DA SILVA Pai: LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA
Data de Nascimento: 31/8/2004 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
10747370/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Profissão: ESTUDANTE
Endereço Residencial: RUA PROFESSOR JOSE AMARINO DOS REIS, 1, SL 0 APTO 03
RESIDENCIAL EDUARDO CAMPOS - CEP: 55008-000 - Bairro: BOMBA DO HEMETERIO -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SUSPEITO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA Pai: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO
Data de Nascimento: 31/1/1986 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
6807464/SDS/PE (RG) Estado Civil: SEPARADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO
Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Endereço Residencial: RUA PROFESSOR JOSE AMARINO DOS REIS, 1, SL 0 APTO 03
RESIDENCIAL EDUARDO CAMPOS - CEP: 55008-000 - Bairro: BOMBA DO HEMETERIO -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

SABEMI - REC. EM 20 MAR 2019



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

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSPEITO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FORD/FIESTA** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEN2106 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

AFIRMA O NOTICIANTE QUE É PAI DA VITIMA E QUE A MESMA FOI ATROPELADA PELO VEICULO EM QUESTAO E QUE O AUTOR ATROPELOU A VITIMA AINDA DEU UMA CURTA PARADA E ARRANCOU O AUTOMOVEL UMA VEZ QUE O ESPELHO DO RETROVISOR DO VEICULO DO AUTOR CHEGOU A CAIR NO LOCAL . A VITIMA TEVE A PERNA QUEBRADA E FOI ATENDIDA NA UPA DE NOVA DECOBERTA E MEDIANTE O CASO FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS . O NOTICIANTE CONSEGUIU VER A PLACA DO AUTOR JUNTAMENTE COM SEU IRMAO O SR EDUARDO LUIS O QUAL É TIO DA VITIMA E AMBOS ANOTARAM A PLACA DO AUTOR, A PRÓPRIA VITIMA AINDA INFORMOU A AMBOS QUE O AUTOR FEZ UMA ULTRAPASSAGEM EM UM CAMINHÃO E ACABOU POR ATROPELAR A VITIMA QUE FICOU AINDA CONSCIENTE NO LOCAL . O NOTICIANTE VEM NESTA CENTRAL DE POLICIA COMUNICAR O FATO E PEDIR PROVIDENCIA . CASO AFETO A DP DO ALTO DO PASCOAL .

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


LUÍZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **SALOMAO XAVIER GUIMARAES SALES**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
CENTRAL DE PLANTOES DA CAPITAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E1174004426

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/04/2019** às **10:36**

Complementa o BO Número: **18E1174014868**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **29/12/2018** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CANTORA DALVA DE OLIVEIRA, 1 - Bairro: PORTO DA MADEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSPEITO (AUTOR \ AGENTE)
LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA (NOTICIANTE)
MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SUSPEITO

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

MARIA LUISA TENORIO MOREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **EULINA TENORIO DA SILVA** Pai: **LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA** Data de Nascimento: **31/8/2004** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10767370/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR JOSE AMARINO DOS REIS, 1, BL C APTO 03 RESIDENCIAL EDUARDO CAMPOS - CEP: 55000-000 - Bairro: BOMBA DO HEMETERIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA** Pai: **SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO** Data de Nascimento: **8/1/1986** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6507484/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SEPARADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR JOSE AMARINO DOS REIS, 1, BL C APTO 03 RESIDENCIAL EDUARDO CAMPOS - CEP: 55000-000 - Bairro: BOMBA DO HEMETERIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUSPEITO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSPEITO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FORD/FIESTA** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **PEN2100** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Combustível: **ALCO/GASOL**

file:///C:/Users/Polícia Civil/.infopol/xml/BOEPRe.html

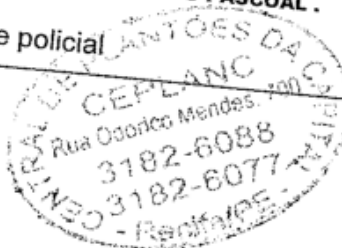
Complemento / Observação

AFIRMA O NOTICIANTE QUE É PAI DA VITIMA E QUE A MESMA FOI ATROPELADA PELO VEICULO EM QUESTAO E QUE O AUTOR ATROPELOU A VITIMA AINDA DEU UMA CURTA PARADA E ARRANCOU O AUTOMOVEL UMA VEZ QUE O ESPELHO DO RETROVISOR DO VEICULO DO AUTOR CHEGOU A CAIR NO LOCAL . A VITIMA TEVE A PERNA QUEBRADA E FOI ATENDIDA NA UPB DE NOVA DESCOBERTA E MEDIANTE O CASO FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS . O NOTICIANTE CONSEGUIU VER A PLACA DO AUTOR JUNTAMENTE COM SEU IRMAO O SR EDUARDO LUIS O QUAL É TIO DA VITIMA E AMBOS ANOTARAM A PLACA DO AUTOR, A PROPRIA VITIMA AINDA INFORMOU A AMBOS QUE O AUTOR FEZ UMA ULTRAPASSAGEM EM UM CAMINHAO E ACABOU POR ATROPELAR A VITIMA QUE FICOU AINDA CONSCIENTE NO LOCAL . O NOTICIANTE VEM NESTA CENTRAL DE POLICIA COMUNICAR O FATO E PEDIR PROVIDENCIA . CASO AFETO A DP DO ALTO DO PASCOAL .

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

LUIZ HENRIQUE DA SILVA MOREIRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **RAIMUNDO LINO PEREIRA** - Matrícula: **3849031**



08/04/2019 10:29

