



Número: **0080863-42.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **22/11/2019**

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	
JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA (AUTOR)		Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57123 697	29/01/2020 15:51	2688862_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



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

Processo: 00808634220198172001

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."

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **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 **JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA**, 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 **21/04/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 28/04/2017.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexa causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que os documentos médicos apresentados não atestam que as lesões tenham decorrido do acidente aduzido e que o boletim de

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



ocorrência, além de não conter a assinatura da parte autora e da testemunha do fato, também fora produzido somente após uma semana do suposto sinistro.

Cumpra esclarecer que em que pese a parte autora realizar requerimento do pagamento, através da via administrativa, porém, o sinistro foi cancelado por inatividade, haja vista que a parte autora não apresentou a documentação necessária para a perfeita regulação do sinistro.

Não obstante, em qualquer hipótese de acidente, a atitude normal do segurado é procurar a seguradora, para que esta regule, primeiramente, o sinistro. Somente em caso de não pagamento, ressarcimento incompleto ou de mora, as demandas devem ser ajuizadas.

Assim, tendo o autor deixado de apresentar a documentação exigida por lei, carecendo o autor de uma condição específica do regular exercício do direito de ação, qual seja, interesse de agir.

Compulsando atentamente aos autos, em nenhum momento foi demonstrado e comprovado de forma contundente que a parte autora faz jus ao pleito deduzido na presente demanda, devendo o pleito ser julgado extinto em virtude da inoccorrência de mora por parte da Ré.

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.

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;



DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DA AUSÊNCIA DE ASSINATURA DA PARTE AUTORA E DA TESTEMUNHA

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Observa-se abaixo que não consta no boletim de ocorrência a assinatura da parte autora, comunicante, e da testemunha do sinistro:

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE QUANDO JOSE RENATO - CONDUTOR DA MOTO - TENTOU DESVIAR DE UMA POÇA DE ÁGUA, A MOTO FICOU BEM PRÓXIMA AO CHÃO E COM MEDO DE CAIR, NILSON TENTOU APOIAR A MÃO DIREITA NO CHÃO, ONDE ACABOU FRATURANDO A MESMA. ENTÃO, DEVIDO A ESTE FATO, TANTO RENATO COMO NILSON, VINHERAM ATÉ ESTA DP PARA REGISTRAR O OCORRIDO. OBS: APESAR DA MANOBRA FEITA POR RENATO, AMBOS CAIRAM AO CHÃO, PORÉM, SÓ NILSON SE LESIONOU.

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

JOSE RENATO DA SILVA LOPES
(TESTEMUNHA)

JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: GUSTAVO HENRIQUE TORRES DE MORAIS - Matrícula: 319708-5

Gustavo Torres

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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

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



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

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

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

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

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

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

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

Compulsando os documentos apresentados pela parte autora, resta clara a ausência de nexo causal entre o suposto acidente e a invalidez alegada haja vista que os boletins de atendimento médico não são capazes de atestar que as lesões tenham decorrido do sinistro alegado.

Ademais, cabe acrescentar que o acidente somente fora comunicado a autoridade policial após uma semana, sendo elaborado sem a assinatura da parte autora, comunicante do fato, e da testemunha do mesmo.

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.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

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

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



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 geral⁶.

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 vítima⁷.

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:

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.

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.

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 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.”



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

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

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

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

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

⁹ art. 1º . (...)

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



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, 28 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 29/01/2020 15:51:23
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012915512385700000056190179>
Número do documento: 20012915512385700000056190179

Num. 57123697 - Pág. 7

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/PE 4246, **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 **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA**, em curso perante a **24ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00808634220198172001.

Rio de Janeiro, 28 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: **0080863-42.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **22/11/2019**

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

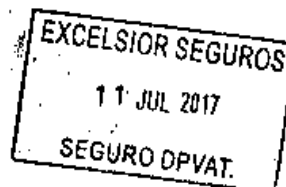
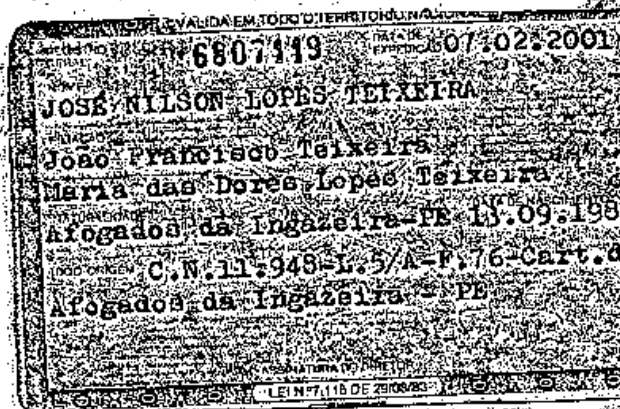
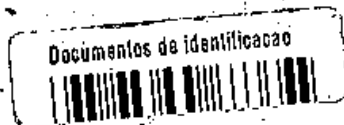
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

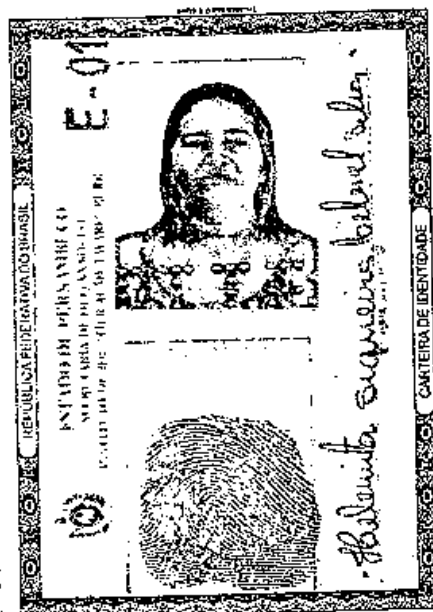
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA (AUTOR)		Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57123698	29/01/2020 15:51	ANEXO 1	Outros (Documento)





Documentos de Identificacao

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.761.780 DATA DE EXPIRAÇÃO 26/04/2017

<< HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA >>

<< ANTONIO DE PAULA LIBERAL >>

<< HELENA SIQUEIRA LIBERAL >>

NATURALIDADE AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE DATA DE REGISTRO 16/09/1965

CAD. CIVIL << CC. 1.362 L.B-2 F.108 CART. 10 >>

AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE 06.10.1983 >>

CPF 589.391.134-20

LE Nº 7.118 DE 22/09/93

F-76 1/3.103 - 3021

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL 2017

SEGURO DPVAT.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012298874888
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1- 3704671087- 2016

MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES
AFOGADOS DA INGAZEIRA

093-9985-024-00 PFN9780

PLACA 9C2HB0210CR001012

PA83/MOTOCICLETA **GASOLINA**

HONDA/POP100 **2011** **2012**

2E/97CL **PARTIC** **BRANCA**

IPVA 2016 QUITADO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

AFOGADOS DA INGAZEIRA **02/06/16**
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PE Nº 012298874888 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE RODR

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800-022-1204

IGUES **0**

AFOGADOR DA INGAZEIRA **2016** **02/06/16**

093-9985-024-00 **PFN9780**

3704671087 **HONDA/POP100**

2011 **2012** **9C2HB0210CR001012**

PREMIO TARIFARIO

SEGURO PAGO

SEGUROADORA LIDER DPVAT
CNPJ 04.246.608/0001-04
www.seguroadotalider.com.br

DESTAQUE SEU ANO DO BILHETE DPVAT
675 NÃO É 56, PORTE OBRIGATORIO

DUT



EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL 2017
SEGURO DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Jose Wilson Lopes Teixeira
DATA DO ACIDENTE 21.04.2017 CPF DA VITIMA 366.825.628-45
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Roberto Siqueira Fidalgo
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VITIMA É Procurador
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Benigno Sales
Nº 288 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Caribe
CIDADE Aracaju de Sergipe UF SE CEP 56.800-000
E-MAIL aragajodas@ig.com.br TELEFONE (81) 99912-9089

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ (1) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
☒ (2) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (3) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (4) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
☒ (5) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATOR DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ (6) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (7) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ (8) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTERNEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ (1) 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)
☐ (2) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ (3) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

Dúvidas

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ (1) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
☐ (2) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ (3) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ (4) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ (5) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES REALIZADAS
☐ (6) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ (7) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ (8) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTERNEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ (1) 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)
☐ (2) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ (3) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), 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 FOLHETO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 276780

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 06/04/2017

NOME Roberto Siqueira Fidalgo

ASSINATURA

COTA QUOTA DE TRANSITO DE PERNAMBUCO		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO - SECRETARIA DA FAZENDA IPVA E LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS - 2017 Emissão: 16/01/2017			
PLACA	PROPRIETÁRIO (CONFIRA OS DADOS ANTES DE PAGAR)	CNPJ/CPF	
PFN9780	MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES	09399803400	
RENAVAM	ANO FABR.	CHASSI	MAC/MODELO
370467108	2011	SC2HB02100001012	HONDA/POP100
3ª COTA IPVA		DPVAT ANTERIOR	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			
INSTRUÇÕES DE PAGAMENTO: PAGAR POR TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA OU BOMBA DE PREENCHIMENTO DA FOLHA PARA TODOS OS RENDIMENTOS BOMBEIRO - TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA (VALOR: 100,00) DPVAT E IPVA - TRÊS DIAS ÚTIS AÇÃO D PAGAMENTO DOS DEBITOS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES, COMPARECER EM QUALQUER UM DOS PONTOS DE AUTENTICAÇÃO DO DETRAN PARA RECEBER O CRLV DO VEICULO.			
DPVAT		ÓRGÃO DE TRANSITO DE PERNAMBUCO	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			
3ª COTA IPVA	UNICA DPVAT	UNICA DPVAT	
370467108	370467108	370467108	
SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE PERNAMBUCO - IPVA			
PLACA	VALOR 2017	VALOR EXERC. ANTERIOR	VALOR TOTAL
PFN9780			

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			
3ª PARCELA IPVA			
SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE PERNAMBUCO - IPVA			
PLACA	VALOR 2017	VALOR EXERC. ANTERIOR	VALOR TOTAL
PFN9780			

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			
2ª PARCELA IPVA			
SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE PERNAMBUCO - IPVA			
PLACA	VALOR 2017	VALOR EXERC. ANTERIOR	VALOR TOTAL
PFN9780			

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			
1ª PARCELA IPVA			

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL 2017
SEGURO DPVAT.



2ª COTA IPVA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO - SECRETARIA DA FAZENDA IPVA E LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS USADOS - 2017 Emissão: 16/01/2017			
PLACA PFN9780	PROPRIETÁRIO (CONFIRA OS DADOS ANTES DE PAGAR) MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES		CPF/CNPJ 09398892400
RENAVAM 370467108	ANO FAER 2011	CHASSI 9C2HB0210C0001012	MARCA/MODELO HONDA/POP100
3ª COTA IPVA		DPVAT ANTERIOR	
INSTRUÇÕES DE PAGAMENTO: PAGAR NOS BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL, CEF E LOTÉRIAS (COMPENSAÇÃO ONLINE PARA TODOS OS DEBITOS); BRANCO & SANTANDER (ONLINE, "EXCETO DPVAT"); ITAU (ONLINE, "EXCETO DPVAT & IPVA"); TRÊS CASAS (LÍDER); APÓS O PAGAMENTO DOS DEBITOS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES, COMPAREÇA EM QUALQUER UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO DO DETRAN/PE PARA RECEBER O ORV DO EXERCÍCIO.		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
DPVAT		ÓRGÃO DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
3ª COTA IPVA 2ª COTA IPVA 1ª COTA IPVA UNICA IPVA 31701700001230173	UNICA DPVAT ORG. TRÂNSITO DE PERNAMBUCO UNICA DPVAT ANTERIOR		CPF/CNPJ 09398892400 417013003973239100

PLACA	VALOR 2017	VALOR EXERC. ANTERIOR	VENCIMENTO	VALOR TOTAL
PFN9780				

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
3ª PARCELA IPVA

PLACA	VALOR 2017	VALOR EXERC. ANTERIOR	VENCIMENTO	VALOR TOTAL
PFN9780				

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
2ª PARCELA IPVA

PLACA	VALOR 2017	VALOR EXERC. ANTERIOR	VENCIMENTO	VALOR TOTAL
PFN9780				

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
1ª PARCELA IPVA

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL 2017
SEGURO DPVAT.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA, brasileiro, estado civil solteiro, agricultor, residente e domiciliado na trav.izidio ferreira Nº 55, bairro padre Pedro pereira AFOGADOS DA INGAZEIRA – Estado PE, CEP.56800-000, portador do RG 6807449 SDS/PE e CPF nº 366.825.628-45

Outorgado: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA, brasileira, estado civil casada, profissão autônoma, residente e domiciliado à Rua Henrique Dias, nº 288, bairro Centro, Município de AFOGADOS DA INGAZEIRA, Estado de PE CEP. 56.800.000, portadora do RG 2.7761.780 SDS / PE e CPF nº 589.391.134-20.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA (a) ocorrido em **21/04/2017**, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

AFOGADOS DA INGAZEIRA/ PE, 27 de ABRIL de 2017.

OURTOGANTE

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



1ª COTA IPVA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
--------------	-----------------------

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO - SECRETARIA DA FAZENDA
IPVA E LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS USADOS -

2017 Emissão: 16/01/2017

PLACA PFN9780	PROPRIETÁRIO (CONFIRA OS DADOS ANTES DE PAGAR) MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES		CPF/CNPJ 09399602400
RENAVAM 370457109	ANO FABR. 2011	CHASSI 9C2HB0210C0001012	MARCA/MODELO HONDA POP130
3ª COTA IPVA		DPVAT ANTERIOR	
INSTRUÇÕES DE PAGAMENTO: PAGAR NOS BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL, CEF E LATICRÉDAS (COMPENSAÇÃO ON LINE PARA TODOS OS DÉBITOS); BRANCO e SANTANDER (ONLINE, *FICETO DPVAT); ITAU (ONLINE, *FICETO DPVAT E IPVA); TITEL DAS OREO; APÓS O PAGAMENTO DOS DÉBITOS DE EXERCÍCIO ANTERIORES, COMPAREÇA EM QUALQUER UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO DO DETRAN/PE PARA RECEBER O ORV DO EXERCÍCIO.			
DPVAT		ÓRGÃO DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO	
5ª COTA IPVA 2ª COTA IPVA 1ª COTA IPVA ÚNICA IPVA 917947003801234173		ÚNICA DPVAT ÓRG. TRÂNSITO DE PERNAMBUCO ÚNICA DPVAT ANTERIOR 003370457106082151717 47313003572235130	

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE PERNAMBUCO - IPVA

PLACA	VALOR 2017	VALOR EXERC. ANTERIOR	VENCIMENTO	VALOR TOTAL
PFN9780				

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
3ª PARCELA IPVA

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE PERNAMBUCO - IPVA

PLACA	VALOR 2017	VALOR EXERC. ANTERIOR	VENCIMENTO	VALOR TOTAL
PFN9780				

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
2ª PARCELA IPVA

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE PERNAMBUCO - IPVA

PLACA	VALOR 2017	VALOR EXERC. ANTERIOR	VENCIMENTO	VALOR TOTAL
PFN9780				

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
1ª PARCELA IPVA

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL 2017
SEGURO DPVAT.



EXCELSIOR SEGUROS

JOÃO ANTONIO DA SILVA LOPES

CPF: 000.000.000-00

RG: 000.000.000-00

DATA DE NASCIMENTO: 12/05/1992

ENDEREÇO: RUA FERNANDA LOPES

CIDADE: SÃO PAULO - SP

CEP: 00000-000

DATA DE EMISSÃO: 19/08/2014

1024092246

EXCELSIOR SEGUROS

1024092246

1024092246

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL 2017

SEGURO DPVAT





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE: AFOGADOS DA INGAZEIRA

DISTRITO: " " "

CERTIDÃO DE CASAMENTO

Nº 1.362

Eu, Maria Luiza de Moraes Teixeira

OFICIAL do

REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que de fls. 108 do livro "8" - 2 do registro de casamentos, consta o termo de casamento, realizado no dia 06 de outubro de 1993. Perante

o Dr. Juiz de Direito da Comarca

de JOÃO VIANEY VIEIRA DA SILVA

com dona Helenita Siqueira Liberal

Ele, contraente, nascido em Sítio Bom Jesus - Carnaíba - PE

No dia: 24 de janeiro de 1960

filho de JOSÉ GALDINO DA SILVA

e DOMENICA VIEIRA DA SILVA

Ela, contraente, nascido em Sítio Quiraba - deste município

No dia: 16 de setembro de 1965

filha de ANTONIO DE PAULA LIBERAL

e HELENA SIQUEIRA LIBERAL

A contraente após o casamento passará a usar o nome HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA.

Foram testemunhas as que constam no termo.

EXCELSIOR SEGUROS

17 JUL 2017

SEGURO DPVAT

OBSERVAÇÕES: 1ª via. (casados pelo regime de Comunhão Universal de Bens).

(Escritura de Pacto Antenuptial feita no Cartório do 2º Ofício desta Comarca,

Cartório do sob-livro nº 66, fls. 001, em 16 de setembro de 1993)

Maria Luiza de Moraes Teixeira
Oficial

Maria Luiza de Moraes Teixeira
Vilma Dan

Substituta

Afogados da IngaZEIRA - PE

O REFERIDO É VERDADE E DOS FÉ.

Afogados da IngaZEIRA

06

outubro

de 1993

OFICIAL



Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2017

Carta nº: 11305356

A/C: JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170377213 ASL-0266051/17
Vitima: JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA
Data Acidente: 21/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01505/01506 - carta_01



Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2017

Carta nº: 11307446

A/C: JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170377213 ASL-0266051/17

Vítima: JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA

Data Acidente: 21/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/04/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentos de identificação não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01625/01626 - carta_03



Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA

Nº Sinistro: 3170377213
Vitima: JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA
Data do Acidente: 21/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170377213**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12216142

Pag. 00629/00630 - carta_16 - INVALIDEZ

00020315





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jose Nilson Lopes TeixeiraPORTADOR(A) DO RG Nº 6807449 EXPEDIDO POR 5051PE EM 07/02/2001 ECPF 366825628-45 /CNPJ _____, PROFISSÃO Receita

E RENDA MENSAL DE R\$ Receita (") NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Nilson Lopes Teixeira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

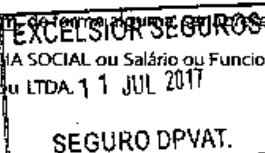
(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no processo, com informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Autorização de pagamento



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 287 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2542-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 670973-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

A da hoggia PE de 05.07. de 2017 Jose Nilson Lopes Teixeira
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**Bradesco****Dia & Noite**

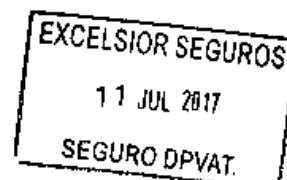
BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM: 017426

JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA 09:09 HRS
AGENCIA 2542 CONTA 0670973-7 22/MAI/2017

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 43,50-
+ CONTA FACIL (C/C + POUF) 43,50-
TOTAL DE RECURSOS 43,50-

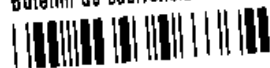
MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUF)			
JUNHO/2015			
DIA	HISTORICO	N. DOCTO	VALOR
03	SALDO ANTERIOR		0,00
MAIO/2017			
22	TARIFA BANCARIA 0090317		14,50-
	CESTA BRADESCO EXPRE		
	TARIFA BANCARIA 0100517		14,50-
	CESTA BRADESCO EXPRE		
	TARIFA BANCARIA 0120417		14,50-
	CESTA BRADESCO EXPRE		
	SALDO TOTAL		43,50-

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Ato Bradesco - 0800 7046303.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

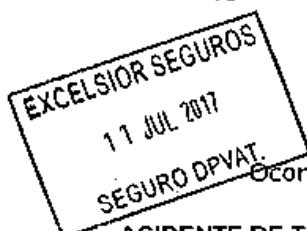




Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA INGAZEIRA - DP167ªCIRC
DINTER2/19ºDESEC

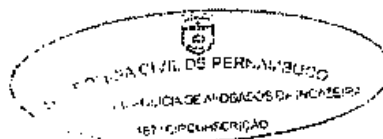
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0257000633**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/04/2017 às 15:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/4/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO ROÇA DE PEIA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO - BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES (OUTRO)
JOSE RENATO DA SILVA LOPES (TESTEMUNHA)
MANOEL LEITE SIQUEIRA (TESTEMUNHA)
JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE RENATO DA SILVA LOPES**

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

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

JOSE RENATO DA SILVA LOPES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUCIENE BARBOSA DA SILVA LOPES** Pai: **JOSE FERREIRA LOPES** Data de Nascimento: **21/7/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **TRAVESSA IZIDIO FERREIRA, PADRE PEDRO PEREIRA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO / BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 07 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS DORES LOPES TEIXEIRA** Pai: **JOÃO FRANCISCO TEIXEIRA** Data de Nascimento: **13/9/1982** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **TRAVESSA IZIDIO FERREIRA, PADRE PEDRO PEREIRA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO / BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 55 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**



MANOEL LEITE SIQUEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LEONOR LEITE MELO Pai: FRANCISCO DE ASSIS SIQUEIRA Data de Nascimento: 3/12/1977 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: **SÃO SEBASTIÃO, POR TRÁS DE NEGUINHO DO AÇO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 11 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DE NEGUINHO DO AÇO**

MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE RENATO DA SILVA LOPES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFN9780** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **370467108** Chassi: **9C2HB0210CR001012**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE QUANDO JOSE RENATO - CONDUTOR DA MOTO - TENTOU DESVIAR DE UMA POÇA DE ÁGUA, A MOTO FICOU BEM PRÓXIMA AO CHÃO E COM MEDO DE CAIR, NILSON TENTOU APOIAR A MÃO DIREITA NO CHÃO, ONDE ACABOU FRATURANDO A MESMA. ENTÃO, DEVIDO A ESTE FATO, TANTO RENATO COMO NILSON, VINHERAM ATÉ ESTA DP PARA REGISTRAR O OCORRIDO. OBS: APESAR DA MANOBRAS FEITAS POR RENATO, AMBOS CAÍRAM AO CHÃO, PORÉM, SÓ NILSON SE LESIONOU.

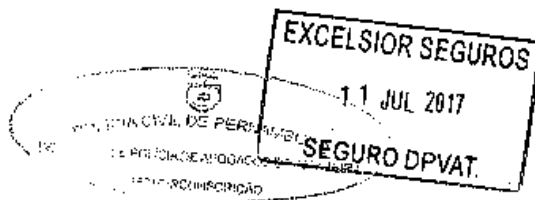
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOSE RENATO DA SILVA LOPES
(TESTEMUNHA)

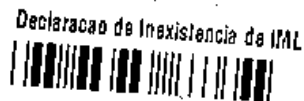
JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **GUSTAVO HENRIQUE TORRES DE MORAIS** - Matrícula: **319708-5**

Gustavo Torres



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



EU, JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA portador da carteira de RG Nº 6807449 SDS/PE e inscrito no CPF / MF sob o nº 366.825.628-45 residente e domiciliado na Trav. Izidio Ferreira Nº 55, bairro padre Pedro pereira Cidade, AFOGADOS DA INGAZEIRA Estado PE, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; OU
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; OU
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

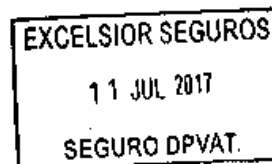
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa concordância com a fatura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, Ca discorde do seu conteúdo.

Jose Nilson Lopes Teixeira

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação



AFOGADOS DA INGAZEIRA- PE 27/04/ 2017.





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

Comprovação de ato declaratório



FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

Definição de caso: Acidente de Transporte Terrestre (ATT) é todo acidente que envolve um veículo destinado, ou usado no momento do acidente, principalmente para transporte terrestre de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro.

Nº da Notificação:

Dados da Notificação

1. Município de notificação:

Afogados da Fuzazinha - PE

2. GERS:

3. Unidade Sentinela

A.R.C.C.

4. CNES

5. Data do atendimento:

23/10/2017

6. Número de registro / Prontuário:

7. Nº da regulação:

Dados de Identificação da Vítima

8. Nome:

JOSE WILSON LOPES LEIXEIRA

9. Tel:

()

10. UF Residência

PE

11. Município de Residência

Afogados da Fuzazinha

12. Código do IBGE

13. Sexo:

☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino ☐ 99. Ignorado

14. Data de nascimento:

23/10/1982

15. Idade:

34

☐ 1. Dia ☐ 2. Mês ☒ 3. Ano

16. Raça/Cor

☐ 1. Branca ☐ 3. Amarela
☐ 2. Preta ☒ 4. Parda

☐ 5. Indígena
☐ 99. Ignorado

17. Ocupação relacionada ao setor de transporte
☐ 1. Sim ☐ 88. Não se aplica
☐ 2. Não ☐ 99. Ignorado

18. Natureza da ocupação relacionada ao setor de transporte:

☐ 1. Motorista de carro de passeio ☐ 4. Motorista de caminhão ☐ 7. Condutor de veículo a pedais ☒ 88. Não se aplica
☐ 2. Motorista de táxi ☐ 5. Motofretista ("Motoboy") ☐ 8. Mototaxista ☐ 99. Ignorado
☐ 3. Motorista de ônibus/similar ☐ 6. Condutor de veículo de tração animal ☐ 77. Outros:

19. Ocupação não relacionada ao setor de transporte:

Dados de entrada na unidade

20. Meio de locomoção da vítima ao chegar na unidade sentinela:

☒ 1. Veículo particular ☐ 3. SAMU ☐ 5. Ambulância ☐ 7. A pé ☐ 99. Ignorado
☐ 2. Viatura policial ☐ 4. Resgate/Bombeiro ☐ 6. Coletivo ☐ 77. Outro

21. Condição da vítima ao chegar na unidade sentinela

☒ 1. Consciente ☐ 2. Inconsciente ☐ 3. Morto ☐ 99. Ignorado

Dados do Acidente

22. Data do acidente:

23/10/2017

23. Hora do acidente:

19:07

24. Zona de ocorrência:

☐ 1. Urbana ☒ 2. Rural ☐ 99. Ignorado

EXCELSIOR SEGUROS

25. UF de ocorrência:

PE

26. Município de ocorrência

Afogados da Fuzazinha

SEGURO DPVAT

27. Código IBGE

28. Logradouro (Rua, Avenida, Travessa, Km da Br., etc.):

Sítio Alca de Peia

30. Bairro

ZONA RURAL

32. Tipo de vítima:

☐ 1. Condutor ☐ 2. Pedestre ☒ 3. Passageiro ☐ 4. Outros

33. Meio de locomoção da vítima no momento do acidente

☐ 1. A pé ☒ 3. Motocicleta ☐ 5. Ônibus/Similar ☐ 7. Automóvel ☐ 4. Bicicleta ☐ 6. Veículo pesado ☐ 8. Outros

34. Natureza do acidente

☐ 1. Colisão/Abalroamento ☒ 3. Tombamento ou Capotamento
☐ 2. Atropelamento ☐ 4. Queda em/do veículo ☐ 6. Outro

PE
CARTÓRIO UMBERTO GOMES
Praça Monsenhor Afredo de Arruda Câmara, 187 - Centro
CEP: 56800-000 - Afogados da Ingazeira (PE)
Tel.: (87) 3838-3303 E-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. Emol.R\$ 2,99, TSNR R\$ 0,66, FERC R\$ 0,33
Selo: 0150593.PPD04201701.02917 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.
27/04/2017 14:41:55 - LUCILIO VALERIO SILVINO DOS SANTOS - Substituto

LUCILIO VALERIO S. SANTOS
*S. CREVENTE

Versão: 13.08.2013



Comprovante de residência



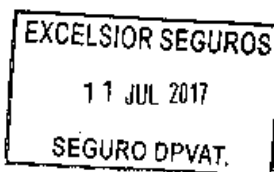
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA RG nº **6807449**, data de expedição 07/02/2001 Órgão SDS/PE e CPF nº **366.825.628-45**, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	TRAV. IZIDIO FERREIRA
Número	55
Apto / Complemento	CASA
Bairro	PADRE PEDRO PEREIRA
Cidade	AFOGADOS DA INGAZEIRA
Estado	PE
CEP	56800-000
Telefone de contato	(87) 99912-9089 (TIM) (87) 98865-4729 (OI) (87) 3838-3852 (FIXO) (87) 99140-5025 CLARO HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA
E-mail	Afofardas.helenita@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: AFOGADOS DA INGAZEIRA PE. 28 / 04 / 2017.



Assinatura do Declarante: Jose Nilson Lopes Teixeira





União Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.475, de 25/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50020-070
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Ins. Est. 0055943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
GEOVANE FERREIRA LOPES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA BELA VISTA 72 A

PONTES AFOGADOS DA INGAZEIRA
AFOGADOS DA INGAZEIRA PE
55000-000

CPF 086 504 484-30

CLASSIFICAÇÃO
S1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA FISCAL	SERIE	DATA DE EMISSÃO
002944183	UNICA	21/02/2017
CONTA FISCAL	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
21/02/2017	2014924851	18072

CONTA CONTRATO	PERÍODO
7022893305	02/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
02/03/2017	24/03/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	59,56

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	89.000000	0.2108162	50.89
Contribuição Bônus de Potência			5.90
ICMS Substituição - CDE NF 003025275 - 29/12/16			0.46
Multa por atraso - NF 003025275 - 29/12/16			1.18
Juros por atraso - NF 003025275 - 29/12/16			0.39

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE CONSUMIDOR	ALÍQUOTA	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)
PERÍODO	CAI	24/02/2017	27.374.50	21/02/2017	27.307.30	70	1.0000	67.00	14.00

INFORMAÇÕES DE PREÇOS				COMPOSIÇÃO DE PREÇOS			
PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA
PERÍODO	CAI	24/02/2017	27.374.50	PERÍODO	CAI	24/02/2017	27.374.50

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta fatura é emitida em nome da União Social de Energia Elétrica (União Social de Energia Elétrica) e não em nome da Companhia Energética de Pernambuco (CEPEL). A União Social de Energia Elétrica é uma entidade sem fins lucrativos, criada para promover o desenvolvimento econômico e social da região Nordeste do Brasil. A CEPEL é uma empresa pública, controlada pelo Estado de Pernambuco. A União Social de Energia Elétrica é responsável por fornecer energia elétrica aos consumidores da região Nordeste do Brasil. A CEPEL é responsável por fornecer energia elétrica aos consumidores da região Nordeste do Brasil.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCE POSSUI CONTAS EM ATRASO			
Valor	Valor	Valor	Valor
21.000	21.000	21.000	21.000

Princípio de não pagamento do débito, a União Social de Energia Elétrica poderá, sem prejuízo, tomar as medidas necessárias para a cobrança do débito, inclusive a contratação de serviços de cobrança e a inclusão do nome do devedor em listas de inadimplentes.

DEBITOS E EXERCÍCIO DAS INTERDIÇÕES				RÉGIMEN DE TENDÃO			
PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA
PERÍODO	CAI	24/02/2017	27.374.50	PERÍODO	CAI	24/02/2017	27.374.50

EXCELSIOR SEGUROS

1 JUL 2017

SEGURO DPVAT



**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

EU, HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA, RG nº 2.761.780, data de expedição 26/04/2017 Órgão SDS/PE e CPF nº 589.391.134-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

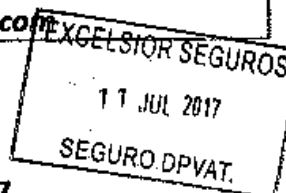
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA HENRIQUE DIAS
Número	288
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO
Cidade	AFOGADOS DA INGAZEIRA
Estado	PE
CEP	56800-000
Telefone de contato	(87) 99912-9089 (TIM) (87) 98865-4729 (OI) (87) 3838-3852 (FIXO) (87) 99140-5025 (CLARO) HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA
E-mail	Afopardas.helenita@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: AFOGADOS DA INGAZEIRA PE. 04/05/2017.

Assinatura do Declarante:

Helanita Siqueira Liberal Silva





Tarifa Social de Energia Elétrica Cadea pela Lei 10.438, de 26/7/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50.050-002
CNPJ 10.335.032/0001-08 | Ins. Est. 0007843-90 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOAO VILAR E SILVA MENEZES MARIA DE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA HENRIQUE DIAS 288

CNPJ 10 224 466 000 1-73

CENTROAFONIZADOS DA INHAZEIRA
AFONIZADOS DA INHAZEIRA PE
56800-000

CLASSIFICAÇÃO
RJ COMERCIAL
COMERCIAL
Tabela 0

CONTA CONTRATO 7008375172
MÊS/ANO 03/2017

INSCRIÇÃO FISCAL 031568768
CNPJ 031568768
CNPJ 031568768

DATA DE VENCIMENTO 24/03/2017
DATA DE PAGAMENTO 17/04/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 839,23

APRESENTAÇÃO 17632017
Nº DO CLIENTE 2811044171
Nº DA UNIDADE 9658

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	UNID. (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo - (kWh)	446,85		11,47
Atividade Bandeira AMARELA	124,75		28,29
Consumo - (kWh) Fatura	7,93		0,30
Relatório de Unidade Consumidora	0,30		0,00
Quilômetros por km - NF 031568768 - 17632017	0,30		0,00
Multa por atraso - NF 031568768 - 17632017	0,30		0,00
Juros por atraso - NF 031568768 - 17632017	0,30		0,00
Juros por atraso - NF 031568768 - 17632017	0,30		0,00

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	UNID. (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo - (kWh)	446,85		11,47
Atividade Bandeira AMARELA	124,75		28,29
Consumo - (kWh) Fatura	7,93		0,30
Relatório de Unidade Consumidora	0,30		0,00
Quilômetros por km - NF 031568768 - 17632017	0,30		0,00
Multa por atraso - NF 031568768 - 17632017	0,30		0,00
Juros por atraso - NF 031568768 - 17632017	0,30		0,00
Juros por atraso - NF 031568768 - 17632017	0,30		0,00

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	UNID. (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo - (kWh)	446,85		11,47
Atividade Bandeira AMARELA	124,75		28,29
Consumo - (kWh) Fatura	7,93		0,30
Relatório de Unidade Consumidora	0,30		0,00
Quilômetros por km - NF 031568768 - 17632017	0,30		0,00
Multa por atraso - NF 031568768 - 17632017	0,30		0,00
Juros por atraso - NF 031568768 - 17632017	0,30		0,00
Juros por atraso - NF 031568768 - 17632017	0,30		0,00

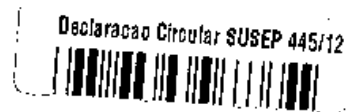
INFORMAÇÕES IMPORTANTES
O cliente deve ler atentamente as condições de uso e as regras de consumo de energia elétrica antes de utilizar o serviço. O cliente deve manter a fatura em local seguro e não deve permitir que terceiros tenham acesso a ela. O cliente deve manter a fatura em local seguro e não deve permitir que terceiros tenham acesso a ela.

As condições de uso e as regras de consumo de energia elétrica estão disponíveis no site da Companhia Energética de Pernambuco (www.celpe.com.br) e no aplicativo Celpe App. O cliente deve manter a fatura em local seguro e não deve permitir que terceiros tenham acesso a ela.

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL 2017
SEGURO DPVAT.

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	UNID. (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo - (kWh)	446,85		11,47
Atividade Bandeira AMARELA	124,75		28,29
Consumo - (kWh) Fatura	7,93		0,30
Relatório de Unidade Consumidora	0,30		0,00
Quilômetros por km - NF 031568768 - 17632017	0,30		0,00
Multa por atraso - NF 031568768 - 17632017	0,30		0,00
Juros por atraso - NF 031568768 - 17632017	0,30		0,00
Juros por atraso - NF 031568768 - 17632017	0,30		0,00





ANEXO I I

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 — Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP ¹nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados 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.

¹Superintendência de Seguros Privados — SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

²Conselho 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 **HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA** portador (a) do RG 2.761.780 SDS/PE e CPF Nº 589.391.134-20, na qualidade de procuradora / intermediária do beneficiário (a) Jose Wilson Lopes Teixeira do sinistro de DPVAT

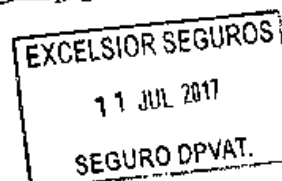
da natureza invalidez da vítima Jose Wilson Lopes Teixeira e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ME RECUSO

Renda Mensal: ME RECUSO

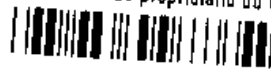
Documentos comprobatórios: J

Helena Siqueira Liberal Silva
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Declaração do proprietário do veículo



EU, MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE, RG Nº _____, data de Expedição ____/____/____
Órgão ____/____ Portador do CPF 093.998.024-00 Com domicílio na cidade de **SÃO PAULO-PE**

no Estado de PE. Onde resido na (Rua / Avenida / Estrada) N _____, bairro _____
complemento **CASA**. Declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é
(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima . **JOSE NILSON LOPES
TEIXEIRA!**

Cujo condutor era . **JOSE RENATO DA SILVA LOPES**

Veículo: **PAS/MOTOCICLETA**

Ano: **2011/2012**

Modelo: **HONDA/POP 100**

Placa: **PFN 9780**

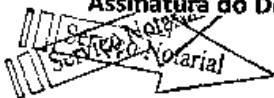
Chassi: **9C2HB0210CR001012**

Data do Acidente: **21/04/2017**

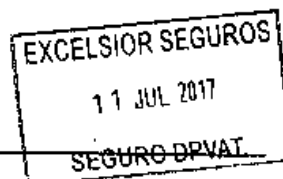
Local e Data: **AFOGADOS DA INGAZEIRA- PE 13/06/2017.**

x Jose Nilson Lopes Teixeira

Assinatura do Declarante



x Jose Renato da Silva Lopes



Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro.

OBSERVAÇÃO: MARCUS VINICIUS ALBURQUEQUE NÃO SABEMOS ONDE LOCALIZAR EM SÃO PAULO.

SERVIÇO NOTARIAL
Pça. Mons. Arruda Câmara, 187 - Centro - 56800-000 -
Afogados da Ingazeira (PE)

Reconheço Por Autenticidade a firma de **JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA** e dou fé. Em testemunho da verdade. Emol.R\$ 3,49, TSNR R\$ 0,78, FERC R\$ 0,39
Selo: 0150599.VLW05201701.03329 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.
13/06/2017 15:30:43 - **LUCILIO VALERIO SILVINO DOS SANTOS** - Substituto

Lucilio Valério S. dos Santos
Escrevente Substituto

SERVIÇO NOTARIAL
Pça. Mons. Arruda Câmara, 187 - Centro - 56800-000 -
Afogados da Ingazeira (PE)

Reconheço Por Autenticidade a firma de **JOSE RENATO DA SILVA LOPES** e dou fé. Em testemunho da verdade. Emol.R\$ 3,49, TSNR R\$ 0,78, FERC R\$ 0,39
Selo: 0150599.GTF05201701.03330 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.
13/06/2017 15:35:31 - **LUCILIO VALERIO SILVINO DOS SANTOS** - Substituto
Lucilio Valério S. dos Santos
Escrevente Substituto



SUS-16248519239 0003

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Documentação médica - hospitalar



SUS		Unidade: <u>A.R.G.C.</u>		Data: <u>23/04/2017</u>	
PACIENTE	Nome: <u>JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA</u>				Nº da Ocorrência
	Residência: <u>TRAV. TRINDAD FERREIRA, 55 / PO. PÉDRO FERREIRA - AFO da M. 64280-000 - PO</u>				Telefone:
RESPONSÁVEL	Nome: <u>Mrs - MARIA DAS NUNES LOPES TEIXEIRA</u>				
	Residência:				Telefone:
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE
☐ SEGURADO ☐ ESPOSA ☐ FILHO ☐ OUTROS		<u>SERNALCERIAS</u>	☒ MASC. ☐ FEM.	<u>33</u> <u>09</u> <u>1982</u>	☒ BRASILEIRO ☐ ESTRANGEIRO
					DOCUMENTO DE IDENTIDADE
					NÚMERO
					ÓRGÃO EMISSOR
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA		PACIENTE / HORA	
☐ ANDANDO ☐ DE AUTO ☐ AMBULÂNCIA ☐ OUTROS		SAÍDA		SAÍDA	
		CHEGADA		CHEGADA <u>2007</u>	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		
MAX: <u>110</u>	MIN: <u>80</u>		AXILAR: <u></u>	RENAL: <u></u>	
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - sintomas			Exame Complementares		
<i>fratura com dor,</i> <i>edema muito @,</i> <i>no quadril</i>			<i>CONFERIDO VER</i> <i>Ra muito</i>		
Tratamento					
<i>CA = @ Ra muito</i> <i>e o paciente tem 20-30</i> <i>E também ficou paralisado</i>					

PE **CARTÓRIO UMBERTO GOMES**
 Praça Monsenhor Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro
 CEP: 56800-000 - Alagoinhas da Ingazeira (PE)
 Tel.: (87) 3838-3203 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. Emol.R\$ 2,99, TSNR R\$ 0,66, FERC R\$ 0,33
 Selo: 0150599 MBQ04201701.02916 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.
 27/04/2017 14:41:55 - LUCILIO VALERIO SILVINO DOS SANTOS - Substituto

LUCILIO VALERIO S. SANTOS
ESCREVENTE

EXCELSIOR SEGUROS
 11 JUL 2017

SEGURO DPVAT
 Imprensa Diagnóstica

fratura muito @

Luciana de Moraes Marques
 Técnica Enfermagem
 COREN-PE 838424

Encaminhado	
Removido	
Óbito às _____ h _____ Min. do	
Dia _____	
Encaminhado ao IML ()	

Licença Concedida _____ Dias

Dr. Ademar Euzébio Neto
 Médico -
 CRM-PE 18.656

Assinatura - Carimbo - CRM - / CRO

Gráfica Paleu (87) 3838-1181 | 99913-7160



FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:

Paciente:

Idade:

Resumo médico

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Exames Solicitados:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs.:





Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura
Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 - Afogados da Ingazeira - PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que: José Milton Soares Teixeira
Profissão: Agricultor

- está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:
- ☒ Afastar-se do trabalho por 60 sementes dias
 - ☐ Afastar-se das aulas por _____ dias
 - ☐ Afastar-se da Educação Física por _____ dias
 - ☐ É portador de deficiência física permanente incapacidade para sua atividade
 - ☒ Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença*
 - ☐ Acompanhante do paciente _____

* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.
Serão informados diagnósticos, o C.I.D. 10, e o tempo previsto na recuperação.
Fica a critério do Médico Perito, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico: Parotidite do seio D.

Procedimento: Osteossíntese

CID 10: S52.5

Afogados da Ingazeira 09 de 05 de 20 17

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 15.966 - SBO 11.923



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

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVOÍDE DE MOURA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 9 4 3 8

4 - CNES

Identificação do Paciente

PROVA DE VIDA: 4542
 NOME: JOSE NELSON LOPES TEIXEIRA
 ENDEREÇO: RUA VISTA, 400
 BAIRRO: PARQUE PEDRO PEREIRA
 CID: APODIACOS DA INDIAZEIRA-PE
 Data: 13/07/1980 Idade: 34 Anos, 7 meses
 Mãe: MARIA DAS LORES LOPES TEIXEIRA
 Pai: JOAO FRANCISCO TEIXEIRA
 Profissional: FISIOTERAPISTA
 Unidades: POSTO 14/10/2016
 Serviços: CLÍNICA CIRÚRGICA DE HOMENS
 Médicos: FRANCISCO EULÁRIO DE MELLO JUNIOR
 C.H.S.: 1624510279000

RG: 43.951.194-8
 SEXO: MASCULINO
 RES: 1471 UNIDADE ESTADUAL
 CEP: 54.800-000
 FONE: 087999765-00

Indicação: SUR INTERNAÇÃO
 D. início: 04/05/2017 às 08:00
 D. fim: 15/05/2017
 Caráter: Curativo

6 - Nº PRONTUÁRIO

MENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

12 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO

DDD: Nº DO TELEFONE:

14 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO

DDD: Nº DO TELEFONE:

GE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente sofreu trauma no pun-
 ho D, com dores, edema e
 deformidade.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura do rádio distal D

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

Rx do punho D

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do rádio D

24 - CID 10 PRINCIPAL

S52.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redução + osteossíntese

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04.08.02.04.3.1

29 - CLÍNICA

Paraná

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

01377628

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

91314-1791

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Francisco E. Mello Jr.

Ortopedia e Traumatologia

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/05/17

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

Dr. Francisco E. Mello Jr.

Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

46 - CID. CIRCULO EMISSOR

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro nº _____

Data: ____/____/____

Hora: ____:____:____

ENFERMARIA: _____

LEITO Nº _____

NOME: _____

SEXO: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____

Nº DOCUMENTO: _____

PRONTUÁRIO: 001956
MOR: JOSÉ NILSON LOPES TEIXEIRA
END: RUA BELA VISTA, Nº 7
BAIRRO: FÁBIO PEDRO FERREIRA
CID: 15060000 000 INACETAR-PE
Nasc: 13/09/1982 Idade: 34 Anos, 7 Meses
Mãe: MARIA DAS BOMES LOPES TEIXEIRA
Pai: JORGE FRANCISCO TEIXEIRA
Profissão: AGENTE POR
Unidade: POSTO 1 CIRURGIA
Serviço: CLÍNICA CIRURGIA DE HOMEM
Médico: FRANCISCO ORLANDO DE MELLO JUNIOR
C.N.S.: 162405162350001

REGISTRO: 0019436
SE: 00000000 000
ESP: CIVIL UNIMED ESTABE
SEP: 00.000-000
FONE: 07177545430

Convênio: SUS INTERNACAO
B. Inter.: 04/05/2017 às 08:20
Inf. ALETO 02
CRM: 17540
Centenas

D CIVIL: _____

PAI: _____

MÃE: _____

Nº DOCUMENTO: _____

FONE: _____

INTERNADO POR ORDEM DE: _____

ASS DO MÉDICO - CRM _____

LOCAL DO ACIDENTE: _____

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____:____

NATUREZA DO
ACIDENTE:

- ☐ CASUAL
☐ QUEDA
☐ ACIDENTE DE TRABALHO
☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

- ☐ INTOXICAÇÃO
☐ AGRESSÃO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO
☐ OUTRAS CAUSAS

☐ CLÍNICA

☒ CIRÚRGICO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO _____

PRESSÃO ARTERIAL: _____ MX _____ NN _____ PULSO: _____ BPM

TEMPERATURA: _____ °C PESO: _____

QUEIXA PRINCIPAL: Paciente sofreu trauma no
punho D, com dor, edema e
deformidade.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Deformidade no punho D

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17.540 17.523



EXAME FÍSICO

Inspeção:

Palpação:

Ausculta:

Hipótese Diagnóstica:

Fratura de osso do

Condições de Alta

Tempo de Permanência Hospitalar: _____ dias

Motivo:

Decisão Médica:

Alta Pedida:

Transferência:

Indisciplina:

☒ ☐ ☐ ☐

Alta

Cuidado

Melhorando

Inalterado

Piorado

Óbito

Transferido para

Diagnóstico definido

Fratura de osso do

Tratamento

Redução e fixação

Diagnóstico anátomo-Paratológico

Data

05.05.14

Ass. do Médico - CRM

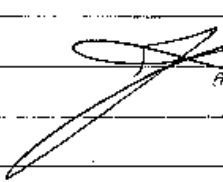
e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 13940 SBO 1153



Centro Hospitalar Dr. José Evoide de Moura

Relatório de Operação

Nome do Paciente <i>José Nelson Soares</i>		Número do Registro <i>45486</i>
Clínica <i>Ortopedia e Traumatologia</i>		Número do Leito
Operador <i>Francisco E. Melo Jr.</i>		
1º Assistente		2º Assistente
Instrumentador		Anestesista <i>Thais</i>
Anestesia		Duração
Data da Operação <i>04/05/19</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura do rádio distal D.</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>V. negativo</i>		
Operação Proposta <i>Redução aberta + osteossíntese</i>		
Descrição do Ato Operatório		
1 - Paciente em DDM sob anestesia.		
2 - Anestesia + antissepsia + campo estéril.		
3 - Acesso ao dorso do punho D, dissecção por planos, identificação da fratura do rádio distal D.		
4 - Realizar redução aberta + osteossíntese com fios de Kirschner cruzados.		
5 - Faturar o incisivo.		
6 - Curativo compressivo.		
7 - Tala leve à D.		
 Dr. Francisco E. Melo Jr. Ortopedia e Traumatologia RPM nº 1.923 - SBOI 11.923		





Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

FICHA DE ANESTESIA

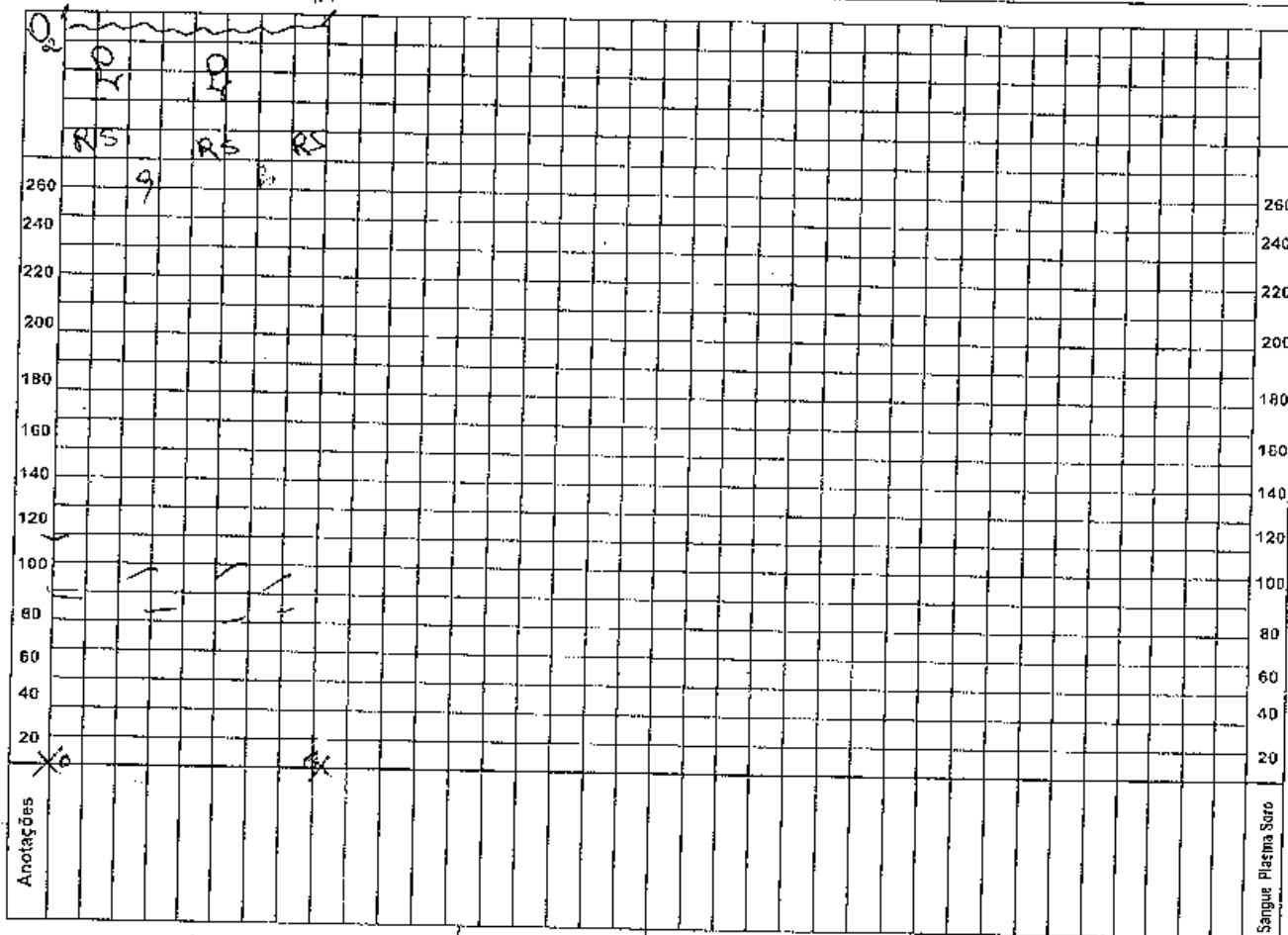
Nome: José Nilson Leopes

Data: 04, 05, 1977

Premedicação: _____

Hora: _____

Hora: 10:30



Agente

Quant.

Técnica e tipo de Anestesia

Uso de 1, 2, 3
agente
agente
agente

400g
agente
100g
agente

Bloc de fêmur unilateral + parte

Duração da Op.: _____ Duração de Anest.: _____

Cond. no final da op.: _____ Resultado BRM Consciência: _____

Observação: _____

Dr. João A. de Menezes
CRM 10.888
11/02/77

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.888
11/02/77





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSE EVOIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C CNPJ: 11.469.145/0001-52
Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM

SAE CLINICA MÉDICA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: <u>Jose Wilson Lopes Teixeira</u>	SEXO: <u>M</u>
ENF.: _____	LEITO: _____ DATA: <u>04/05/17</u>

DADOS VITAIS					DRENAGENS					NIVEL DE CONSCIÊNCIA	
HORÁRIO	12	18	24	06	HORÁRIO	12	18	24	06		
PA	<u>120</u>				DIURESE					☒ CONSCIENTE	
T					SNG					☐ ALERTA	
P					DRENO TORAX					☐ SEDADO	
R					OUTROS					☐ SONOLENTO	
SpO2					TOTAL					☐ TORPOROSO	
HGT										☐ COMATOSO	
										☐ INCONSCIENTE	
										OUTROS: _____	

SISTEMA RESPIRATÓRIO

RESPIRAÇÃO	SUPORTE VENTILATÓRIO	SECREÇÃO TRAQUEAL	VIA RESPIRATÓRIA
☒ EUPNEICO ☐ DÍSPNEICO	☒ ESPONTÂNEAS ☐ VM ☐ CATETER O ₂ ☐ VENTURI	☐ SIM ☒ NÃO	☐ TRAQUEOSTOMIA

SISTEMA CARDIOVASCULAR

BATIMENTOS CARDÍACOS	PULSO	PA	DROGAS VASOATIVAS	CATETER CENTRAL
☒ REGULAR ☐ IRREGULAR	☒ NORMOSFÍGMICOS ☐ BRADISFÍGMICO ☐ TRAQUISFÍGMICO	☒ NORMOTENSO ☐ HIPERTENSO ☐ HIPOTENSO	☐ SIM ☒ NÃO TIPO: _____	VSC: D () E () VJI: D () E () PVC: _____

SISTEMA DIGESTIVO

ABDOMEN	DIETA	EVACUAÇÕES	DRENAGEM ABDOMINAL
TIPO DE ABDOME ☒ GLOBOSO ☐ PLANO	RUIDOS HIDROAÉREOS ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	☒ V. O. ☐ SNE ☐ SNG ☐ PARENTERAL	☒ NORMAIS ☐ CONSTIPAÇÃO ☐ DIARRÉIA ☐ MELENA

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

DIURESE ESPONTÂNEA	SVD	GENITÁLIA ÍNTEGRA	ASPECTO DA URINA	
☒ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☒ NÃO	☒ SIM ☐ NÃO	☐ CONCENTRADA ☐ LÍMPIDA	☒ CÍTRICO ☐ COLÚRICA ☐ HEMATÚRIA ☐ ANÚRIA ☐ POLIÚRIA ☐ PIÚRIA

AVALIAÇÃO DA PELE

FERIDA OPERATÓRIA

☒ HIDRATADA ☐ DESIDRATADA ☐ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA	☐ ICTÉRICA ☐ ANICTÉRICA ☐ CIANÓTICA ☐ EDEMACIADA ☐ HEMATOMA ☐ ESCORIADA	☐ ULCERA P/ PRESSÃO LOCAL: _____ GRAU: _____	CURATIVOS ☐ SIM ☐ NÃO	ASPECTO ☐ LIMPA ☐ INFECTADA	EXSUDATO ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE ASPECTO: _____
--	--	---	---	---	---

OSTEO ARTICULAR

IMOBILIZAÇÃO	PERFUSÃO MEMBRO IMOBILIZAÇÃO
LOCAL ☐ MSD ☐ MSE	☐ NORMAL ☐ CIANÓTICO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/01/2020 15:51:24
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012915512398300000056190180>
 Número do documento: 20012915512398300000056190180



CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVOIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Pediatria, Ortopedia, Traumatologia, Neurologia, Fisioterapia, Clínica Cardiológica, Ultra-Sonografia, Densitometria Óssea, Mamografia, Eletrocardiograma, Eco-cardiograma, Teste Ergométrico, Endoscopia Digestiva, Laboratório, Raio X, Eletroencefalograma, Vídeo Laparoscopia Diagnóstica, Oftalmologia, Fonoaudiologia, Dermatologia, Urologia, Cirurgia Plástica, Psicologia, Histeroscopia Diagnóstica e Cirúrgica, Carcematografia Fetal, Endocrinologia, Tomografia Computadorizada, Cirurgia Vascular.

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

COMISSÃO TÉCNICA DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÃO

Nome: José Wilson Lopes Teixeira Prontuário: 145480

Nº Documento: _____

Sexo: () F (☒) M Idade: 34 Data de Internação: 04.05.17

Clínica: Cirurgia Alta em: 05.05.17

Óbito: _____ Associado à infecção () Outras causas ()

Diagnóstico: _____

Cirurgia: Fratura de Rádio

Data da Cirurgia: 04.05.17 Cirurgião: _____

Tipo: () Limpa () Contaminada () Potencialmente contaminada () Infetada

Tipo de Anestesia: _____ Anestesiista: _____

Parto Transpérvido: () Sim () Não Obstetra: _____

Data: _____ Bolsa Rota: () Não () Sim Nº de Horas: _____

Episiorrafia: () Sim () Não Placenta () Completa () Incompleta

PROCEDIMENTOS DE RISCOS REALIZADOS (MARCAR COM X)

() Assist. Ventilatória	() Dissecção Venosa	(☒) Punção Lombar
() Biópsia	() Entubação	() Punção Toxácica
() Cateterismo Vesical	() NPT	() Hemotransfusão
() Cateterismo Venoso	() Nebulização	() Traqueostomia
(☒) Punção Venosa	() Punção Abdominal	() _____
Infecção: () Sim () Não	() Comunitária () Hospitalar	() Ambas

LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA DA INFECÇÃO HOSPITALAR (MARCAR COM X)

() Coto Umbilical	() Ocular	() Puerperal
() Cutânea Cirúrgica	() Ouído	() Respiratória
() Ferida Cirúrgica	() Oral	() Urinária
() Gastro Intestinal	() Perilonial	() Venosa (flebite)
() Outras _____	() _____	() _____

USO DE ANTIMICROBIANO () Não (☒) Sim (☒) Profilático () Ambos

<u>Cefalotina</u>	<u>2g IV, 6/6h</u>	<u>04.05.17</u>	<u>05.05.17</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Cultura: () Sim (☒) Não Tipos: _____ Data/Coleta: _____ Resultados: _____

_____ Data/Coleta: _____ Resultados: _____

_____ Data/Coleta: _____ Resultados: _____

_____ Data/Coleta: _____ Resultados: _____

_____ Data/Coleta: _____ Resultados: _____

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM nº 15.644
ASSINATURA/NORMA DO MÉDICO RESPONSÁVEL





CASA DE SAÚDE Dr. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação

Nome: Jose Nilson Lopes Registro: 110458
Data de admissão: 04/05/18 Leito: 34 Idade: 34 Sexo: M () F

2. Queixa principal e História da doença atual

Enfermeira do núcleo (D)

3. Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Definitivo

4. Antecedentes Pessoais:

☐ Cardiopatias ☐ Doenças degenerativas ☐ Tabagismo ☐ obesidade ☐ DM
☐ Distúrbios psiquiátricos ☐ Alcolismo ☐ Alergias ☐ HAS ☐ Tuberculose
☐ Uso de drogas ☐ Outros

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

5. Exame Físico

5.1 Estado Geral:

☐ Grave ☐ Hidratado ☒ Normocrado ☐ Afebril ☐ Anictérico ☐ Palidez
☐ Regular ☐ Desidratado ☐ Hipocrado ☐ Ictérico ☐ Cianose
☐ Bom ☐ Anasarca ☐ Hiperocrado

Loguemento/Pele:

5.2 Avaliação neurológica:

Nível de consciência:

☒ Consciente ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Desorientado ☒ Orientado ☐ Sob sedação

5.3 Sistema Respiratório

☐ Contínua ☒ Espontânea ☐ Suporte Mecânico

☒ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Espontânea

O2 suplementar: 1 l/min Caloter nasal ☐ Macronebulização ☐ Máscara

Dreno torácico ☐ Sim ☒ Não Local:

Aspecto da drenagem:

Murmúrios Vesiculares: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído Local:

Ruidos Adventícios: ☐ Ronco ☐ Sibilos ☐ Estenoses ☐ Crepitações Local:

Tosse ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Seca ☐ Produtiva

5.4 Sistema Cardiovascular:

Ritmo Cardíaco: ☐ Regular ☐ Irregular Ausculta:

Pulsos: ☐ Filiforme ☐ Cheio ☐ Ausente

5.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdomen: ☒ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Plano ☐ Glabro

Ascítico

Ruidos Hidroéreos: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Hiporativos ☐ Hipoativos SNG ☐ SNE ☐ SGO ☐ Gavagem ☐ Drenagem

Eliminações Intestinais: ☐ Constipação ☐ Diarreia ☒ Normais ☐ Flatos ☐ Metena ☐ Enterorragia

Êmese: ☐ Presentes ☒ Ausentes Aspecto:

5.6 Sistema Genito-urinário:

Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA ☐ Cistostomia ☐ Uríper

Aspecto:

5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: ☒ Ativa ☐ Passiva

Momentos Conservados: ☒ Sim ☐ Não

Força Motora: Conservada ☒ Sim ☐ Não Local:

MMGS:

Mmli:

Observações do enfermeiro:

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Atitudes: ☒ Cooperativo ☐ Não cooperativo ☐ Agitado ☐ Chorooso ☒ Calmo ☐ Ansioso

Nível sócio-econômico: Classe social: ☐ Alta ☐ Média ☐ Baixa

Condições de Moradia:

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Necessidades de acompanhamento espiritual: ☐ Sim ☒ Não

Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☒ Não

Enfermeira M. das Santos
Enfermeira
COREN-PE 318.250
COREN-PE 318.250





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVOÍDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Pediatría, Ortopedia, Traumatologia, Neurologia, Fisioterapia, Clínica Cardiológica, Ultra-Sonografia, Densitometria Óssea, Mamografia, Eletrocardiograma, Eco-cardiograma, Teste Ergométrico, Endoscopia Digestiva, Laboratório, Rota X, Eletroencefalograma, Vídeo Laparoscopia Diagnóstica, Oftalmologia, Fonoaudiologia, Dermatologia, Urologia, Cirurgia Plástica, Psicologia, Histeroscopia Diagnóstica e Cirúrgica, Cardiotecografia Fetal, Endocrinologia, Tomografia Computadorizada, Cirurgia Vascular.

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3638-1304 / 1691 / 2462 / 1965 - CEP: 55.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que eu, José Wilson Lopes Teixeira

_____ fui internado(a) pelo SUS neste Centro

Hospitalar Dr. José Evóide de Moura no dia _____/_____/_____

E NÃO PAGUEI absolutamente nenhuma importância pelos serviços médicos, hospitalar, laboratorial ou serviços de enfermagem no tratamento de minha doença.

Afogados da Ingazeira - PE, _____/_____/_____

* José Wilson Lopes Teixeira

Assinatura do Paciente ou Responsável

