



Número: **0000286-43.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSAFA FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A (RÉU)			
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (RÉU)			
GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57300837	03/02/2020 11:31	2690525_CONTESTACAO_02	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00002864320208172001

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

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Rua Sampaio Viana, 44 - Paraíso - São Paulo - SP - CEP: 04004-001, inscrita no CNPJ sob o número 33.164.021/0001-00 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 **JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA**, 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 **14/01/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 09/07/2019.

Em que pese a parte autora ingressado com o pedido administrativo em **26/09/2019**, após a realização de avaliação médica, foram apuradas lesões.

Ocorre que a ré não conseguiu efetuar o pagamento da indenização tendo em vista que os dados bancários cadastrados foram rejeitados.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

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

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

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

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

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

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



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

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 geral⁴.

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 vítima⁵.

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.

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.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



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 pátrios⁶, 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 citação⁷.

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 ação⁸.

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.

⁶ "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).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art. 1º. (...)

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



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

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

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez 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, 31 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/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 **TOKIO MARINE SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA**, em curso perante a **23ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00002864320208172001.

Rio de Janeiro, 31 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: **0000286-43.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/01/2020**

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

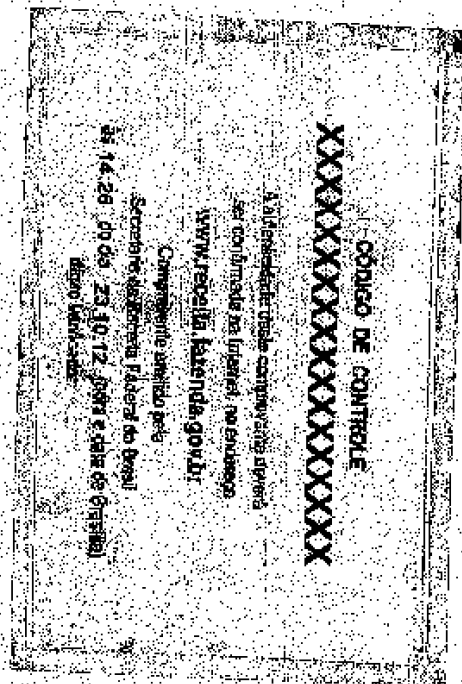
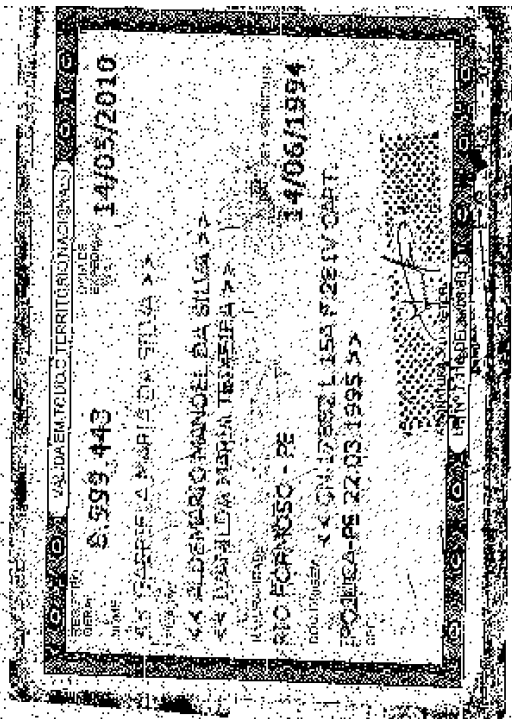
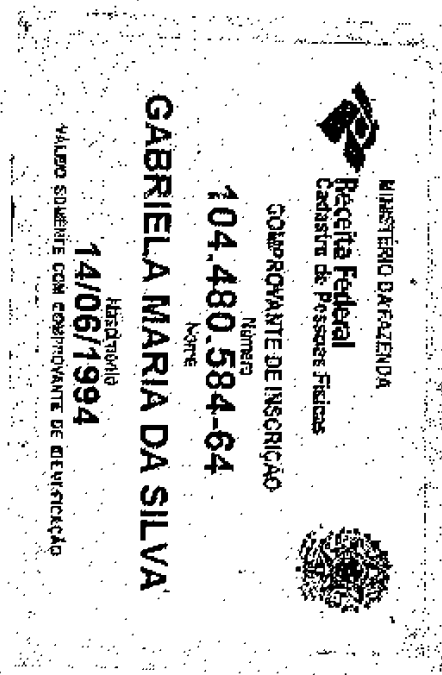
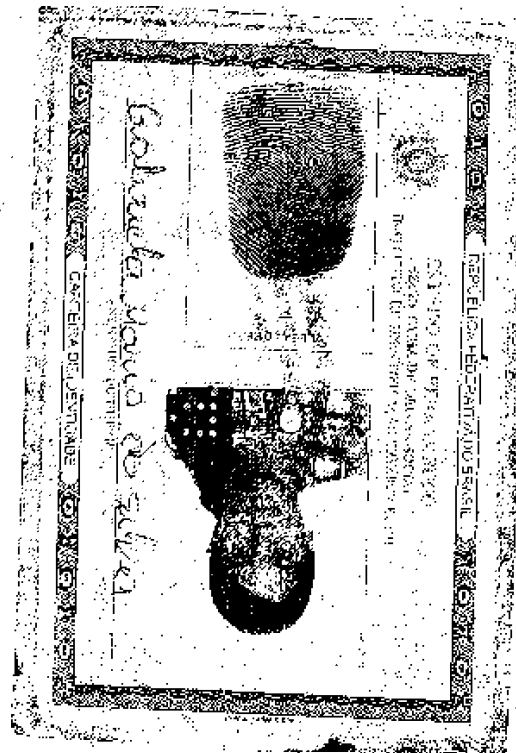
Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSAFA FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A (RÉU)			
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (RÉU)			
GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57300838	03/02/2020 11:31	ANEXO 1	Outros (Documento)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190551652

Cidade: Gameleira

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 14/01/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DAS VERTEBRAS T6 E T7, SEM REPERCUSSÃO NEUROLÓGICA (FRANKEL E) E FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXO-EXTENSÃO E LATERALIZAÇÃO DA COLUNA TORÁCICA. EXAME NEUROLÓGICO PRESERVADO. LIMITAÇÃO RESIDUAL DA ABERTURA ORAL E FORÇA MASTIGATORIA.

Resultados terapêuticos: CICATRIZAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS, MAS EVOLUI COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DA COLUNA TORÁCICA, MAS SEM REPERCUSSÃO NEUROLÓGICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO SEGMENTO TORÁCICO DA COLUNA VERTEBRAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			28,75 %	R\$ 3.881,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190551652

Cidade: Gameleira

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 14/01/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA. P2(ANEXO)
FRATURA DA COLUNA TORÁCICA. P2(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ARTRODESE DA COLUNA TORÁCICA T4-T8 VIA POSTERIOR E REDUÇÃO DA MANDÍBULA. P2(ANEXO)
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190551652

Cidade: Gameleira

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 14/01/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA. P2(ANEXO)
FRATURA DA COLUNA TORÁCICA. P2(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ARTRODESE DA COLUNA TORÁCICA T4-T8 VIA POSTERIOR E REDUÇÃO DA MANDÍBULA. P2(ANEXO)
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

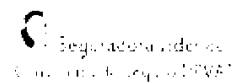
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0332533/19

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

CPF: 701.964.334-52

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA : 701.964.334-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/09/2019
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

JULIANA BEZERRA DE LUNA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Id. do sinistro ou ASL

CPF da vítima

Nome completo da vítima

701.964.334-52

Jenaila Ferreira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE NASCIMENTO

Nome completo

Jenaila Ferreira da Silva

CPF

701.964.334-52

Profissão

Desempregado

Endereço

Eg. Limão

Número

102

Complemento

Cidade

Engenheiro Limão

Cidade

Cucui / Rio Formoso

Estado

PE

CEP

55570-000

E-mail

RENATOMALHEIROS@OUTLOOK.COM

Telefone

(81) 99543-4554

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

RECEITA MENSAL

☒ REQUISIÇÃO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RECEITA

☐ 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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar a única opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4753

CONTA: 984722775

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a informar a todos os bancos, instituições, 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 INTERESSE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, por não de posse de uma vez que finalizar 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.

Pela minha declaração, sou responsável pelo pagamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada. Comprometo-me a apresentar a documentação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões decorrentes do acidente de trânsito conforme Lei 6.294/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia do direito de contestação, caso duvide do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔRÇOS BENEFICIÁRIOS

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 nascituro (ou nascitor)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/vivos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará o caso devida a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e gravarem esta com declaração contra a vida, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido além da indenização devida em caso de fraude comprovada pelo Código Penal.

Local e Data: Recife, 20/11/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RDO:

Assinatura da vítima/beneficiário (de frente):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

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 RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

324 731983618-2

20/NOV/2019

HORA DE: 14:50:17

LOT: 15.024644-7

TERMO DE: 1

LOCALIDADE: RIBEIRAO

AG. VINCULADA: 4753

CONTA: 4753

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CASH

4753 1288 000984721231

JOSAFIA FERREIRA DA SILVA

VALOR

:

10,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DE CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

Prezado cliente, informamos que o
numero de sua conta foi alterado. Para
transacoes futuras use o novo numero

324 731983618-2

as CAIXA





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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190551652

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

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 14812571





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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190551652

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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. 00227/00228 - carta_03 - INVALIDEZ

00070114



Carta nº 14812572





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, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190551652 Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00189/00190 - carta_02 - INVALIDEZ

00050095



Carta nº 15029976





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

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190551652

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01479/01480 - carta_25 - INVALIDEZ

00020740





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, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190551652

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00661/00662 - carta_25 - INVALIDEZ

00020331





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, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190551652

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00549/00550 - carta_25 - INVALIDEZ

00020275





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do cadastro do ASI:

CPF da vítima:

701.964.334-52

Nome completo da vítima:

Jerajá Ferreira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE OCORRÊNCIA

Nome completo:

Jerajá Ferreira da Silva

CPF:

701.964.334-52

Profissão:

Desempregado

Endereço:

Eg Limão

Número:

102

Complemento:

-

Bairro:

Cucau

Cidade:

Rio Formoso

Estado:

PE

CEP:

55570-000

E-mail:

senafomaheuer@outlook.com

Tel. (DDD):

(71) 99543-4554

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

RENDIA MENSAL:

☒ RENDIMENTO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 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 (SE HOUVER)

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

☒ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1260

2

CONTA: 089 2245

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a seguradora a dar a debitizar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a qual outorgar-se-á de forma irrevogável e somente após a efetivação do crédito, quitando o total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMPLANTADO

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

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

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

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

Assinatura e carimbo do beneficiário ou representante legal do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, sob a condição, desde que, em me submeter à avaliação médica de especialistas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme artigo 294/74, art. 5º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o laudo decorrente do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (em 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 vivos: vítima deixou nascituro (ou, nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará o valor devido à indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e providarem esta com documentos e documentos 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 e Data: Ribamar, 09/08/2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina a RGDD

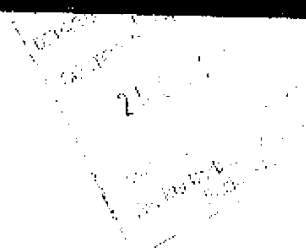
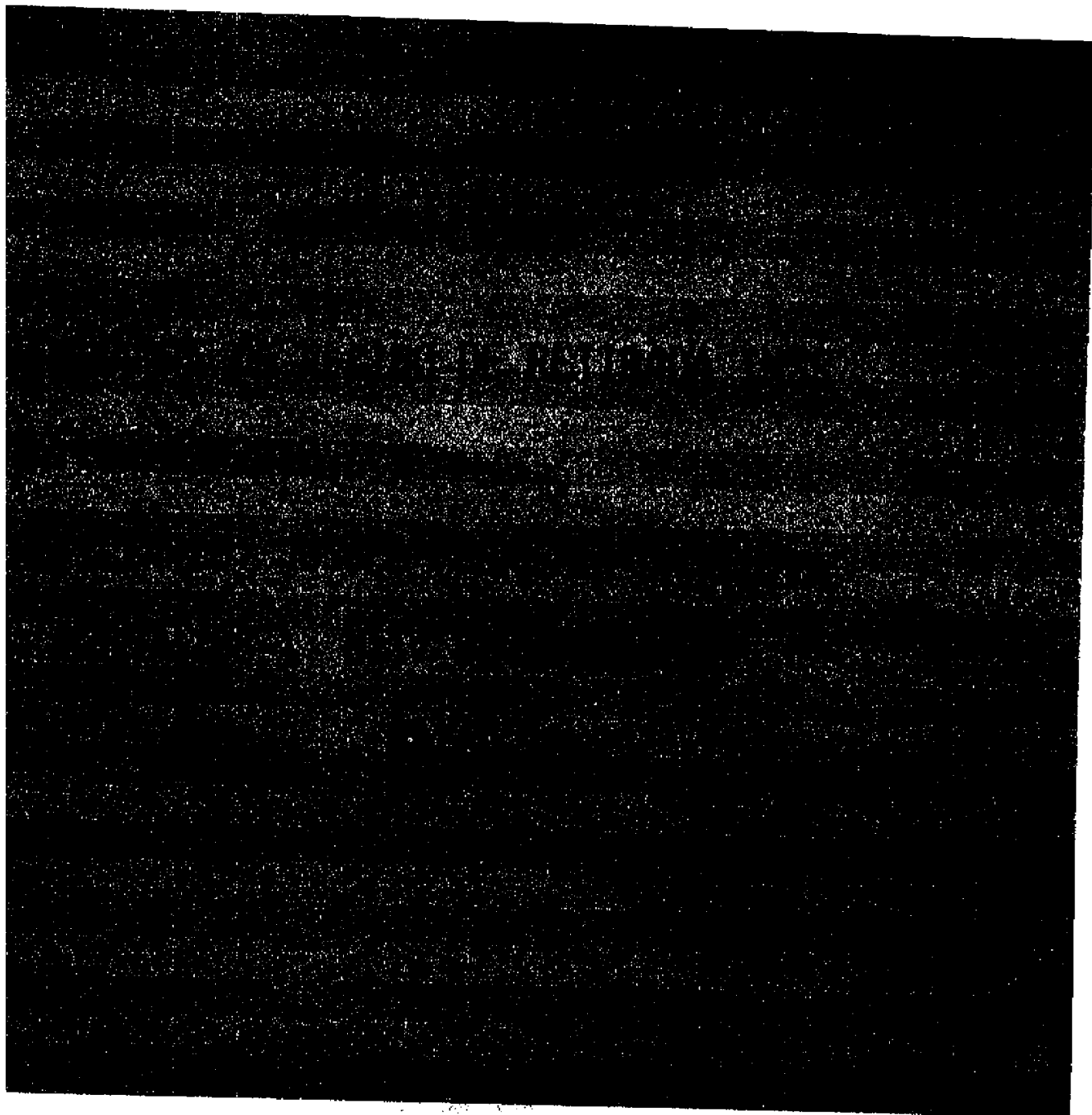
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

(*) A vítima/beneficiário não capacitado ou incapaz deve ser por outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 3 (três) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

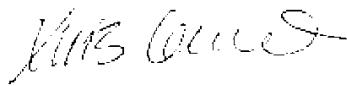
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190551652
Nome do(a) Examinado(a): Josafa Ferreira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Eg Limão, 102
Cuaçu Rio Formoso PE CEP: 55570-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9419280
Data local do acidente: [14/01/2019]
Data local do exame: [04/11/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DAS VERTEBRAS T6 E T7, SEM REPERCUSSÃO NEUROLÓGICA (FRANKEL E) E FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMBAS AS LESÕES, COM ARTRODESE DA COLUNA TORÁCICA T4-T8 E FIXAÇÃO DA MANDÍBULA COM 2 PLACAS E PARAFUSOS.
Complicações: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NA COLUNA TORÁCICA
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXO-EXTENSÃO E LATERALIZAÇÃO DA COLUNA TORÁCICA. EXAME NEUROLÓGICO PRESERVADO. LIMITAÇÃO RESIDUAL DA ABERTURA ORAL E FORÇA MASTIGATORIA.
- IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL IMPORTANTE A COLUNA TORÁCICA E RESIDUAL AS ESTRUTURAS FACIAIS.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | () "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Seqüela):
SEGMENTO TORÁCICO DA COLUNA VERTEBRAL
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM 10.123/PE



549652
0332533/19

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 076ª CIRCUNSCRIÇÃO - GAMELEIRA -
DP76ªCIRC DINTER1/13ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0166000331

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/07/2019 às
12:23

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 14/1/2019 no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GAMELEIRA, 1, ENGENHO
ANTAS - Bairro: CENTRO - GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GABRIELA MARIA DA SILVA (OUTRO)
FERNANDO HENRIQUE TEIXEIRA DA SILVA (TESTEMUNHA)
JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

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

**JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
JOSÉ FERREIRA Pai: JUAREZ FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 05/04/1986
Naturalidade: RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9419280/003/PE (RG),
76198433482 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO
Profissão: TÉCNICO (OUTROS) Telefones Fixos:
- 81996355538**

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE GAMELEIRA, , ENGENHO LIMÃO - CEP: 55660-000 -
Bairro: CENTRO - GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**FERNANDO HENRIQUE TEIXEIRA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: IVANILDA MARIA TEIXEIRA Pai: ALDEMÁRIO MANOEL DA SILVA Data de
Nascimento: 26/4/1983 Naturalidade: RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
390328138/003/SP (RG), 0322837/003/PE (RG), 10102137412 (CPF) Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE GAMELEIRA, , CONCEIÇÃO - CEP: 55660-000 - Bairro:
CENTRO - GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

09/07/2019 12:14



GABRIELA MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino **Naturalidade:** **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** **Estado Civil:**
DESCONHECIDO **Escolaridade:** **DESCONHECIDO**

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

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

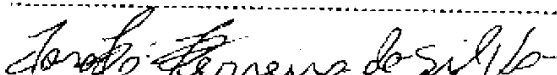
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GABRIELA MARIA DA SILVA**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PF17422 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **204084560** Chassi:
8C2KC1670BR301123
Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

ADVERTIDA SOBRE AS PENAS COMINADAS NOS ARTOS. 200 E 348 DO CPB, SOBRE
FALSAS DECLARAÇÕES E OMISSÃO DE INFORMAÇÕES RELEVANTES EM
DOCUMENTOS PÚBLICOS, COMPARECERAM A ESTA DP A PESSOA DE JOSAFÁ
FERREIRA DA SILVA, JÁ DEVIDAMENTE QUALIFICADA COMO VÍTIMA, A QUAL
ALEGOU QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO TRANSITAVAM NA
MOTOCICLETA, ACIMA DESCRITA, PILOTADA POR ELE. ALEGA, A VÍTIMA, INFORMA
QUE FOI PASSAR POR UM CAMINHÃO DE CANA QUE FECHOU SUA PASSAGEM,
BATENDO NA SUA MOTO, FAZENDO-O CAIR NA BARREIRA. A TESTEMUNHA ESTAVA
VINDO ATRÁS E O SOCORREU CHAMANDO A AMBULÂNCIA. O ACIDENTE ACONTECEU
NO ENGENHO DANTAS, QUE A VÍTIMA INFORMA SER PRÓXIMO A DELEGACIA E FOI
ATENDIDO NO HOSPITAL EM RIO FORMOSO, COM LESÕES CONFORME DESCRITAS NA
FICHA DE ATENDIMENTO, SENDO ENCAMINHADO PARA O HR, E PASSANDO 2 MESES E
SEIS DIAS NO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. NADA MAIS A ACRESCENTAR, NO
MOMENTO ENCERRO O REGISTRO DESTA BOE QUE, DEPOIS DE LIDO E ACHADO
CONFORME, VAI DEVIDAMENTE ASSINADO PELO ENVOLVIDO PRESENTE AO
PLANTÃO.

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


JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA
(VÍTIMA)

FERNANDO HENRIQUE TEIXEIRA DA SILVA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: RUANA PEDROSA AMBRADE - Matrícula: 3876283





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do cadastro do ASI:

CPF da vítima:

701.964.334-52

Nome completo da vítima:

Jerajá Ferreira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE OCORRÊNCIA

Nome completo:

Jerajá Ferreira da Silva

CPF:

701.964.334-52

Profissão:

Desempregado

Endereço:

Eg Limão

Número:

102

Complemento:

-

Bairro:

Cucau

Cidade:

Rio Formoso

Estado:

PE

CEP:

55570-000

E-mail:

senaferraj@outlook.com

Tel. (DDD):

(71) 99543-4554

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

RENDIA MENSAL:

☒ RENDIMENTO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 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

☒ CONTA POUPANÇA (Exclusivo para os bancos abaixo. Assinalar uma opção):

☒ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1260

2

CONTA:

089 2245

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a seguradora a dar a debitizar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a qual outorgo de fato, reconhecendo e dando ciência de que a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

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

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

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

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

Assinatura e carimbo do solicitante e do representante da vítima ou do representante da seguradora, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, ou o laudo do IML, desde que, em me submeter a avaliação médica de classificar a Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme artigo 294/74, art. 5º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (em 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 vivos: vítima deixou nascituro (ou, nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará o caso de acordo com a indenização do Seguro DPVAT por morte acidentados beneficiários que se apresentarem e provarem esta com documentos e documentos 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.

Local e Data: Ribeirão, 09/08/2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina a RORDD

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

(*) A vítima/beneficiário não capacitado ou de outra pessoa a preencher e assinar o presente formulário, A SEU RCGO, na presença de 3 (três) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência de que o teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura, ISARIC ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



HOSPITAL MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE MARIA JOSÉ MONTEIRO

UNIDADE DE EMERGÊNCIA

PACIENTE: 14/01/2019 CARTÃO SUS: 08135

JOSATA FERREIRA DA SILVA

ENG. LIMA

09/05/1996 22 ANOS

MARCE FERREIRA DA SILVA

MARIA JOSÉ FERREIRA

TRABALHO: COLETA MUNICIPAL

120 X 80

ASS: 121

FC: 121

FR:

Empresário, vítima de queda de moto com
fraturas de fêmur mandibular. 1. Etilômetro.

AL: ACV. BEG. Vigil. Síncope. ECG = N. Estável,
NON.

ADD: NON.

LBm (Queda moto) | Fratura Mandibular.

UNIDADE DE EMERGÊNCIA

①. SSS 1.500ml (E) SFC 91.500ml

②. Vitam. C / comp. B 0.0mg (E) 300.

③. Cetoprofeno 100mg (M) 100mg

④. Dexam. 10mg (M) 10mg

⑤. Transfusão - CBMF - 26U.
(Série: 5598194) 01/12/14.

Bruno Viana
MÉDICO PLASTICISTA
UNIDADE DE EMERGÊNCIA
CRM 111.111

08/01/2019

11 JAN 2019



NOTA FISCAL - Fatura - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS 111 BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 18.428, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0838128 PROTEÇÃO 0800 0838196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria: 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! MARIA JOSE FERREIRA		DATA DE VENCIMENTO 24/07/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 17/07/2019	CONTA CONTRATO 4002755209
ENDEREÇO EG LIMA 102 -ENGENHO LIMAO/CUCAU RURAL -55570-000 RIO FORMOSO PE -		TOTAL A PAGAR R\$ 177,92	DATA DA APRESENTAÇÃO 17/07/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 14/06/2019 a 17/07/2019		CONSUMO 219		
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aliquota 25,00 valor do imposto R\$ 43,23				
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		VIA PARA PAGAMENTO		

Destaque aqui

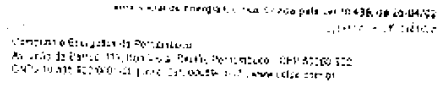
CONTA CONTRATO 4002755209	MÊS/ANO 07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 177,92	VENCIMENTO 24/07/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---

838300000012 779200110046 002755209105 141250653838

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RECIBO DE PAGAMENTO
DATA DE PAGAMENTO: 24/07/2019
VALOR PAGADO: R\$ 177,92
ASSINADO POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
ASSINADO POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR





© 1999 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 245: 351–359

1. *Ulf* 2. *Ulf* 3. *Ulf* 4. *Ulf* 5. *Ulf* 6. *Ulf* 7. *Ulf* 8. *Ulf* 9. *Ulf* 10. *Ulf* 11. *Ulf* 12. *Ulf* 13. *Ulf* 14. *Ulf* 15. *Ulf* 16. *Ulf* 17. *Ulf* 18. *Ulf* 19. *Ulf* 20. *Ulf* 21. *Ulf* 22. *Ulf* 23. *Ulf* 24. *Ulf* 25. *Ulf* 26. *Ulf* 27. *Ulf* 28. *Ulf* 29. *Ulf* 30. *Ulf* 31. *Ulf* 32. *Ulf* 33. *Ulf* 34. *Ulf* 35. *Ulf* 36. *Ulf* 37. *Ulf* 38. *Ulf* 39. *Ulf* 40. *Ulf* 41. *Ulf* 42. *Ulf* 43. *Ulf* 44. *Ulf* 45. *Ulf* 46. *Ulf* 47. *Ulf* 48. *Ulf* 49. *Ulf* 50. *Ulf* 51. *Ulf* 52. *Ulf* 53. *Ulf* 54. *Ulf* 55. *Ulf* 56. *Ulf* 57. *Ulf* 58. *Ulf* 59. *Ulf* 60. *Ulf* 61. *Ulf* 62. *Ulf* 63. *Ulf* 64. *Ulf* 65. *Ulf* 66. *Ulf* 67. *Ulf* 68. *Ulf* 69. *Ulf* 70. *Ulf* 71. *Ulf* 72. *Ulf* 73. *Ulf* 74. *Ulf* 75. *Ulf* 76. *Ulf* 77. *Ulf* 78. *Ulf* 79. *Ulf* 80. *Ulf* 81. *Ulf* 82. *Ulf* 83. *Ulf* 84. *Ulf* 85. *Ulf* 86. *Ulf* 87. *Ulf* 88. *Ulf* 89. *Ulf* 90. *Ulf* 91. *Ulf* 92. *Ulf* 93. *Ulf* 94. *Ulf* 95. *Ulf* 96. *Ulf* 97. *Ulf* 98. *Ulf* 99. *Ulf* 100. *Ulf*

$$= 1.6 \times 10^{-11} \text{ s}^{-1}$$

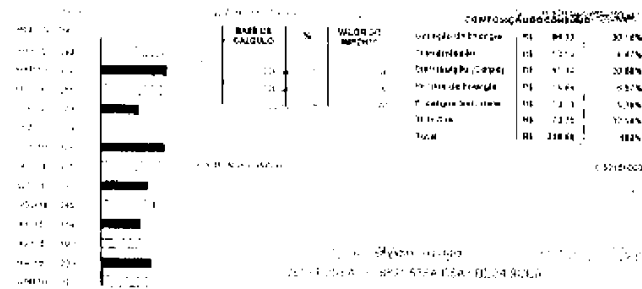
CUM LA CONTRATO MESIANO
CAPA DE SINTUANDO
CAPA DE SINTUANDO
CAPA DE SINTUANDO
CAPA DE SINTUANDO
CAPA DE SINTUANDO

HTDA/NOTA FISCAL	USURF	EMISSÃO
10/04/2010	10/04/2010	10/04/2010
ARREBENTADAÇÃO	ARREBENTADAÇÃO	ARREBENTADAÇÃO
10/04/2010	10/04/2010	10/04/2010

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
1.000 unidades de produto X	1.000	10,00	10.000,00
500 unidades de produto Y	500	20,00	10.000,00
200 unidades de produto Z	200	50,00	10.000,00
100 unidades de produto W	100	100,00	10.000,00
50 unidades de produto V	50	200,00	10.000,00
25 unidades de produto U	25	400,00	10.000,00
10 unidades de produto T	10	1.000,00	10.000,00
5 unidades de produto S	5	2.000,00	10.000,00
2 unidades de produto R	2	5.000,00	10.000,00
1 unidade de produto Q	1	10.000,00	10.000,00

$\frac{d}{dt} \left(\frac{1}{\rho} \right) = - \frac{1}{\rho^2} \frac{d\rho}{dt}$

Nº DO MÉTODO	TIPO DA FLUXO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE CAS	CONSTANTE	AJUSTE	COMBUSTO (L/WH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000	1	00/01	000000	00/01	000000	0	0.000		0.000



1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 26

[illegible]

© 2012 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 272: 499–506

CONTA CONTABIL	VEBANO	DATA DO VEBANO	VALOR	TOTAL A PAGAR (R\$)
----------------	--------	----------------	-------	---------------------

63540030002-2 72830011007-6 02-32562610-9 13929593823-6





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

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 92 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de validação de sinistro, conforme estabelecido a Circular número 445/12.

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/COOPORCINAI/ASFX?TIPO=1&CODIGO=29635>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E REGULAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, RESERVA, CAPITALIZAÇÃO E SEGUROS, E CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILEGAIS PREVISTAS NA LEI Nº 9.307/96.

Pelo exposto, eu Renato Cesar M. Cavalcanti

inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.232.004 / 95, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Josafá Ferreira da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.964.334-52

do sinistro de DPVAT cobertura suavidade da vítima Josafá Ferreira da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.964.334 / 52, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão desempregado Renda — e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da Lei, e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade na presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: R. Bernardo Vieira de Melo

Bairro: Pedro de Cidade: Alto do Guaraná

E-mail: renatomalheiros@outlook.com

Número: 1551

Complemento: —

Estado: PE

CEP: 54410-010

Tel. (DDD): (81) 99543.4554

Local e Data: Recife, 23 de setembro de 2019

Renato Cesar M. Cavalcanti

Assinatura do Declarante



SLDR-001 V001/2017



0332533/19

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gabriela Maria da SilvaRG nº 9.999.443 data de expedição 14/05/2010Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 104.480.584-64 comdomicílio na cidade de RO FORMOSO, no Estado dePE, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)

nº _____, complemento _____

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

João Ferreira de SilvaVeículo: Ano: HONDA 125 150 FAN 2011Modelo: HONDA 125 150 FAN ECIPlaca: PEI 7422Chassi: 902K P1670 BR 361123Data do Acidente: 14/01/2019Local e Data: RO FORMOSO, 17/09/2019Gabriela Maria da Silva

Assinatura do Declarante

SERVENTA REGISTRAL E NOTARIAL
de Rio Formoso - PE
ATUAL: MARCO GONZALEZ LEITE

Reconheço por Autenticidade a firma GABRIELA MARIA DA SILVA, Dou. de: RO FORMOSO/PE, 17/09/2019 12:32:41
Imp.: R\$ 3,51 PERM R\$ 0,04 FUNSES R\$ 0,08 CNR R\$ 0,80
RDC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,08 TOTAL R\$ 4,91 RCMV
VARIA DO CARGO... RESCUEMENTE... Consulte
a autenticidade em <http://pe.tribe/salvdigital>

Selo: 0073633.VEN79201902.00081

SERVENTA REGISTRAL E NOTARIAL
de Rio Formoso - PEMarco Gonzalez Leite



HOSPITAL MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE SAÚDE MARIA JOSÉ MONTEIRO

UNIDADE DE SAÚDE DE EMERGÊNCIA

PACIENTE: 14/01/2019 CARTÃO SUS: 08135

JOSATA FERREIRA DA SILVA

ENG. LIMA

09/05/1996 22 ANOS

JHARCE FERREIRA DA SILVA

MARIA JOSÉ FERREIRA

TRABALHO: COZINHEIRO

120 X 80

ASS: 121

FC: 121

FR:

Empresário, vítima de queda de moto com
feridas de fratura mandibular. 1. Exatidão.

AL: 1. ACU. NEG. Vigil. Síncope. ECG = N. Estável.

ADD: NDN

IBm (Queda moto) | Fratura Mandibular

UNIDADE DE SAÚDE DE EMERGÊNCIA

①. SSS 1. 500ml (E) SFC 91. 500ml

②. Vitam. C / comp. B 0.0mg (E) 300

③. Cetoprofeno 100mg (M) 100mg

④. Dexam. 10mg (M) 10mg

⑤. Transfusão - CBMF - 26V. (Série: 5598194) 01/12/14

Bruno Viana
MÉDICO PLASTICISTA
UNIDADE DE EMERGÊNCIA
CRM 111.111

08/01/2019

11 JAN 2019



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1663310	ATENDIMENTO: 01079375
DATA DE NASCIMENTO: 09/05/1996	FOI ATENDIDO EM: 14/01/2019 ÀS	
	DATA DA ALTA: 19/03/2019 ÀS	

Diagnóstico Provável:

- POLITRAUMA
- FRATURA DE COLUNA TORÁCICA
- CID 10 S24
- TRM FRANKEL E
- FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA + PO CIRURGIA BMF (15/01/19)
- FRATURA DE COLUNA TORÁCICA

- TRM FRANKEL E

CID10: S24

Tratamento Realizado:

- PO REDUÇÃO DE FRATURA MANDIBULAR DIREITA (15/01/19)
- PO DE ARTRODESE TORÁCICA T4-T8 VIA POSTERIOR
- ANALGESIA

Observação:

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DESORIENTAÇÃO. CHEGOU AO HR DESORIENTADO, COM DEFORMIDADE NA FACE. FEZ CT DE CRÂNIO QUE NÃO EVIDENCIOU LESÕES NEUROCIRÚRGICAS AGUDAS, PORÉM CT DE COLUMA COM SINAIS DE FRATURA EM COLUMA TORÁCICA ALTA; FOI OPERADO PELA BMF DEVIDO TRAUMA DE MANDIBULA. SUBMETIDO ARTRODESE TORÁCICA T4-T8 VIA POSTERIOR. SEGUE ESTÁVEL ALERTA, SEM QUEIXAS. FO LIMPA E SECA.

- ORIENTO RETIRAR PONTOS COM 10 DIAS DA ALTA. CURATIVO DIÁRIO.
- AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 90 DIAS.

ECGS: 15 FRANKEL E

Encaminhado para:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATORIO DE COLUMA COM DR DEOCLIDES COM 15 DIAS DA ALTA.
- AO AMBULATORIO DE DR ABRÃO XIMENES COM 3 MESES.

RENATA RAIZZA MONTEAZZO DYSNEIROS - CRM: Nº.20718

Recife, 20, FEVEREIRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho. Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





GOVERNO MUNICIPAL
RIO FORMOSO
O futuro é cuidar das pessoas

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DO RIO FORMOSO
FORMULÁRIO PARA TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR

UNIDADE DE ORIGEM	Nº PRONTUÁRIO		UNIDADE DE DESTINO	SENHA:	
NOME:	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:		IDADE:		
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:					
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL					
UNIDADE MÓVEL: () SAMU () AMBULÂNCIA () UTI MÓVEL					
OBSERVAÇÃO					

Grupo Viçosa
Unidade de Pronto Atendimento
Rua: ...
Cidade: ...

DATA: 14 JAN 2019
HORA: 10:20



ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução CFM n.º 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1.851/2008)

Atesto, para fins de comprovação junto à Perícia Oficial da Previdência Social ou do Poder Judiciário, que examinei o paciente abaixo indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM n.º 1.658/2002, e constatai que o examinado é portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir.

Nome do paciente: Marcelo Ferreira da Silva
Número do documento de identificação (documento com foto): _____

- Diagnóstico: patologias verificadas e respectiva classificação CID 10:

- 1) Dolência miofascial, síndrome do piriforme e síndrome da mandíbula + PO
- 2) Periartrite do ombro e fratura de coluna cervical T6m. Prankel

- Medicamentos em uso: _____

- Início da doença: 14 de fevereiro

- O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

☐ Não.
☒ Sim. Quais (descrição breve) e resultados? Exame de radiografia da coluna cervical e de ombro.

- Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do paciente? Quais as funções ou sentidos de que está o paciente privado ou limitado em virtude das patologias verificadas?

O paciente ficou com dor no ombro e no pescoço, limitando a amplitude de movimento.

- A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

- ☐ Não existe incapacidade laborativa.
☒ Incapacidade laborativa por tempo indeterminado.
☐ Incapacidade laborativa definitiva para realizar qualquer atividade.
☐ Incapacidade laborativa por tempo indeterminado com agravamento do quadro clínico.
☐ Incapacidade laborativa definitiva para realizar qualquer atividade com agravamento do quadro clínico.
☐ Incapacidade laborativa parcial (limitação).

Motivo: O paciente possui acromioclavicular, fratura de humerus e artrose da coluna cervical.

- a incapacidade é irreversível?

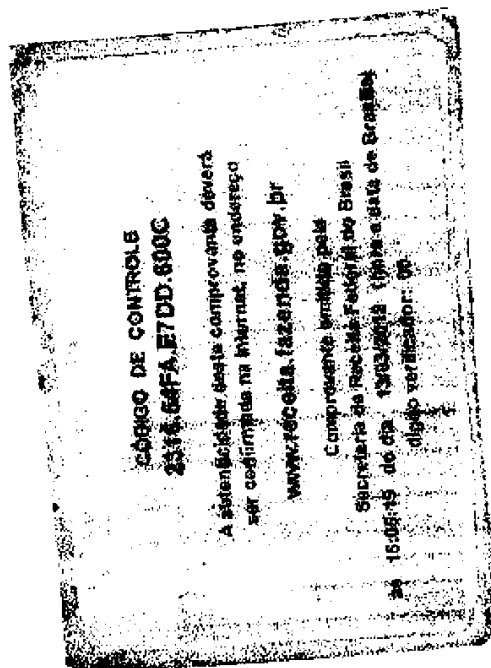
☒ Sim.
☐ Não. Qual o tempo de repouso estimado para a recuperação do paciente, considerando que o mesmo siga o tratamento indicado para a patologia?

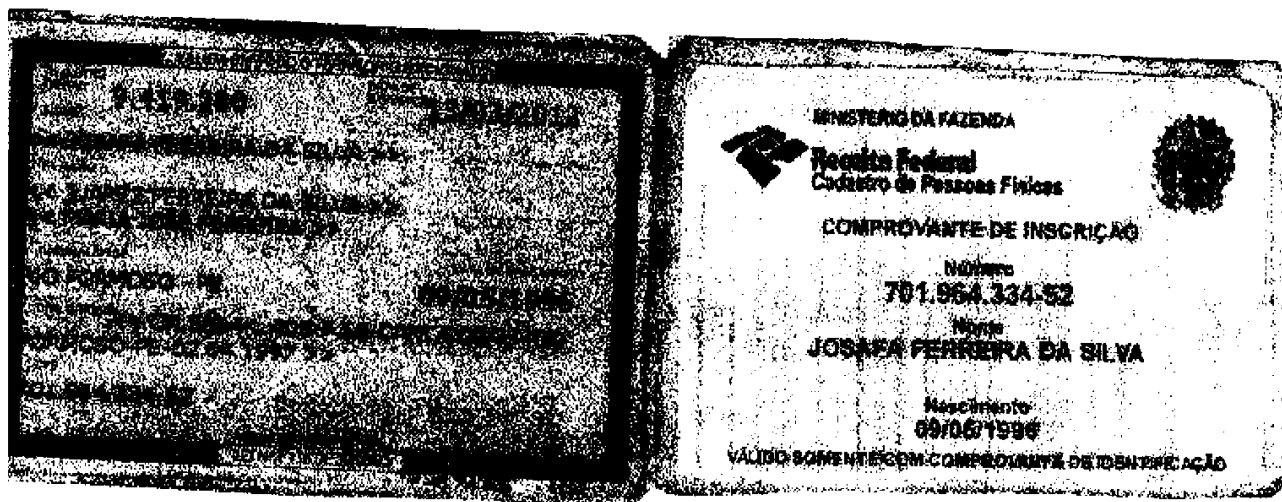
Dr. Antonio 17/02/2020

Assinatura do médico
Carimbo do médico
Código 23001

NOME DO MÉDICO

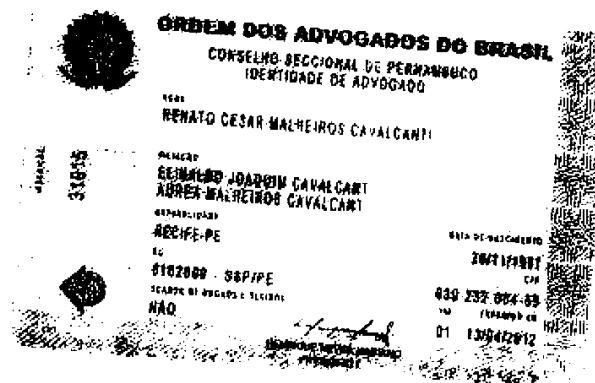






25-06-2020





25.01.2020





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 11:31:23
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020311312346000000056362374>
 Número do documento: 20020311312346000000056362374

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder nos
Consortios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0332533/19

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

CPF: 701.964.334-52

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

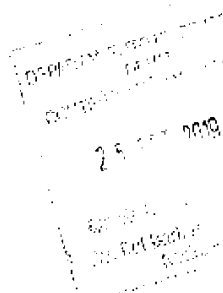
Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/L2
Documentos de identificação
Procuração

JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA : 701.964.334-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/09/2019
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

JULIANA BEZERRA DE LUNA

