



Número: **0090079-27.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57374 176	04/02/2020 11:51	2690674_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00900792720198172001

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

ARUANA SEGUROS S/A, empresa seguradora com sede à Rua Visconde de Piraja, 547 - Sala 802 - Ipanema - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22410-003, inscrita no CNPJ sob o número 07017295/0001-58 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 **CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO**, 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 **08/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 27/08/2019.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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.

Conforme demonstrado abaixo, no boletim de ocorrência não consta a assinatura da parte autora, comunicante no referido documento:

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;



Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O QUEIXOSO INFORMANDO QUE TRAVEGAVA NO BAGAGEIRO DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA CONDUZIDA PELO SEU IRMAO JA MENCIONADO ACIMA, QUE NAQUELA RUA, ADINAEI PRECISOU FAZER UMA CURVA NO SENTIDO A BR 191 NORTE TENDO NESTA OCASIAO PERDIDO O CONTROLE DA MOTO, QUE TEVE COMO CONSEQUENCIA, O ACIDENTE, QUE O QUEIXOSO FOI ARREMEÇADO AO SOLO, VINDO A FRATURAR O BRACO DIREITO E TAMBEM ESCORRIAGÕES PELO CORPO, SENDO SOCORRIDO INICIALMENTE PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, CONFORME ATENDIMENTO 481221 EM SEQUIDA PARA O HOSPITAL MILITAR DE AREA DO RECIFE ATENDIMENTO 48228833 ONDE SUBMETEU-SE A CIRURGIA NO BRACO FERIDO E PERMANECU INTERNADO DURANTE OITO DIAS, SENDO LIBERADO EM SEQUIDA.

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

CARLOS EDUARDO LINA CURCIO
(VITIMA)

S.O. registrado por: JOÃO VIRGINIO ALVARO FILHO - Matrícula: 381986-8



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.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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)



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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 Administradora do Seguro DPVAT		
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190552765	Cidade: Paulista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO	Data do acidente: 08/06/2019	Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 23/10/2019 Valoração do IML: 0 Perícia médica: Não Diagnóstico: TRAUMA DE FACE FRATURA DA DIÁFISE DE ULNA DIREITA. Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA ULNA (P.10) TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FACE. ALTA Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO Sequelas: Com sequela Documento/Motivo: Nome do documento faltante: Apontamento do Laudo do IML: Conduta mantida: Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. Documentos complementares: Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."

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

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



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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **08/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), conforme demonstrado abaixo:**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/11/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04020

CONTA: 000001010593-1

Nr. da Autenticação B308B5A7FEA2B171

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 945,00 (NOVECIENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

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 HOUVE 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.”



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

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

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

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



- 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, 3 de fevereiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

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



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/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 **ARUANA SEGUROS S/A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO**, em curso perante a **34ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00900792720198172001.

Rio de Janeiro, 3 de fevereiro 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





04/02/2020

Número: **0090079-27.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57374178	04/02/2020 11:51	ANEXO 1	Outros (Documento)

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190552765 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO **Data do acidente:** 08/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE
FRATURA DA DIÁFISE DE ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA ULNA (P.10)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FACE.
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: CARLOS EDUARDO LIMA CURLIQ
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: CASADO
 Profissão: MILITAR
 Identidade: BIV1669 CPF: 119.005.194-36
 Endereço: RUA 140-95- PAGTES I - A. LIMA - PE

OUTORGADO:

Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: DIVORCIADO
 Profissão: AUTOMOTIVO
 Identidade: 10.151.898 CPF: 906.013.906-63
 Endereço: R. BOA SORTE, 812-APTO 101- A. LIMA - PE

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio a constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Abreu e Lima 23.09.19
 LOCAL E DATA:

Cartório
 Alfeu M. M. M.

Cartório Eduardo Sampaio Curcio

ASSINATURA DO OUTORGANTE
 (RECONHEÇA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

05.802.494/0001-
 TRACÃO CORRETOR
 DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de CARLOS EDUARDO LIMA CURLIQ, Abreu e Lima/PE, 21/09/2019 12:50:25, em testemunho da verdade. Emolumentos: 5,90 TCMR; 0,90 FERM; 0,04 FUNSEG; 0,08 Total: 6,95. NC-3-82179

Selo Digital: 0390807.CVV020302.95177
 Adriano Correia da Silva - Secretário



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333344/19

Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

CPF: 113.005.194-36

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA : 406.013.406-63

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

CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO : 113.005.194-36

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: 26/09/2019
Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 406.013.406-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Steffany Caroliny Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333344/19

Número do Sinistro: 3190552765

Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

CPF: 113.005.194-36

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO : 113.005.194-36

Autorização de pagamento

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: 15/10/2019
Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 406.013.406-63

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso





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

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190552765

Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

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 14817920

Pag. 00831/00832 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190552765 Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

Data do Acidente: 08/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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. 01115/01116 - carta_03 - INVALIDEZ

00050558



Carta nº 14819262





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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190552765

Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01643/01644 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190552765

Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **033**

Agência: **000004020**

Conta: **000001010593-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



319-152765



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AS: 3 - CPF da vítima: 113.005.194-36 4 - Nome completo da vítima: CARLOS EDUARDO LIMA LUELIO

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

5 - Nome completo: CARLOS EDUARDO LIMA LUELIO 6 - CPF: 113.005.194-36
7 - Profissão: MILITAR 8 - Endereço: RUA 140 9 - Estado: RJ 10 - Complemento:
11 - Bairro: PARETÉS I 12 - Cidade: ADREVE LIMA 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 53737-919
15 - E-mail:

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para quem não possui conta corrente. Anexar uma cópia): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: 4020 CONTA: 01010593

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização no Seguro DPVAT por invalidez permanente: uma vez que (selecionar uma das opções):

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

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

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

Para receber assistência, serviços e/ou pagamento(s) da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, apresentarei, desde já, em meu subscrito, a avaliação médica (e custos da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação da invalidez permanente decorrente do acidente do trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar-la, caso discordar de seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Casou-se novamente com a vítima: ☐ Sim ☐ Não 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou parentes próximos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às pessoas beneficiárias que se apresentarem a priori com esta declaração, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, sob a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ASSINABILIZADO

34 - Nome legível de quem assina a nota/pedido: 35 - CPF legível de quem assina a nota/pedido: 36 - CPF legível de quem assina a nota/pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a nota/pedido:

38 - 1º Nome: CPF: Assinatura de testemunha: 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura de testemunha:

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: ADREVE LIMA 28.9.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

319-152765

DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO
0015806 FIANCIA AIREN E L 23/09/2019
SANTANER
11:58:45 (horário de Brasília)
*****1175

Extrato N. 7912001-1903

MOVIMENTAÇÃO DE CONTA CORRENTE
23/09/2019 13:16 DT CONTABIL: 23/09/2019
BANCO: 0033 AGENCIA: 4020 CONTA: 00001-010193-1
JULHO/2019
01 000000 TARIFA MENSALIDADE [REDACTED]
PACOTE SERVIÇOS [REDACTED]
01 004020 SAQUE TERMINAL - INTER [REDACTED]
AG [REDACTED]
01 050811 COMRA CARTAO MAESTRO [REDACTED]
AGOSTO/2019
01 010801 LIQUID DE VENCIMENTO [REDACTED]
01 004020 SAQUE TERMINAL [REDACTED]
SETEMBRO/2019
02 010900 LIQUID DE VENCIMENTO [REDACTED] C
02 000000 TARIFA MENSALIDADE [REDACTED] O
PACOTE SERVIÇOS [REDACTED]
02 000000 TARIFA MENSALIDADE [REDACTED]
PACOTE SERVIÇOS [REDACTED]
02 004020 SAQUE TERMINAL [REDACTED] U
SALDO ATUAL [REDACTED]

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 3 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

3190552765

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 113.005.194-36 4 - Nome completo da vítima: CARLOS EDUARDO LIMA PURCIO

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

5 - Nome completo: CARLOS EDUARDO LIMA PURCIO 6 - CPF: 113.005.194-36
7 - Profissão: PINTOR 8 - Endereço: RUA 140 9 - Número: 95 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO I 12 - Cidade: ALEXU LIMA 13 - Estado: DE 14 - CEP: 53.737-919
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81 994457471

DADOS CADASTRAIS DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (destinada para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: SANTANDER
AGÊNCIA: 4020 CONTA: 00001-010598 1

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (menor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ALEXU LIMA 15/10/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC - 00000000000000000000



CAIXA ECONOMICA SANTANDER
FAX: 011 4020 - 7 0125

JACIM/200 11-00120 DATA CONTABIL: 20/02/2009
SOLIC: 011-0020 - 7 0125
TODAS: 0070500 7800000 0000121

CARLOS EDUARDO LIMA OLIVEIRA CARGO: 1170
BANCO DE AMERICA - 4020 CONTR: 01-010533-1

SALDO
SALDO CONTABIL 3,91

"AAA ALCAN" DEPOSITANTE 15,2500
RUB: 2,00000

NOVO DEPOSITANTE NO DEPOSITO

IMPONIBILIZACAO PARA STIPULACAO DE CONTRATO
ATUALIZACAO DE DATA E NOVA ALCAN E
SOLICITACAO A ALCANTARA

ACESSO O ANO DO 78 SANTANDER PARA CONSULTAS E
TRANSACCOES E QUALQUER OUTRA DO LUGAR



2 of 2

27/08/2019 11:38



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0118008203**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/08/2019
12:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 8/6/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PARATIBE (BAIRRO), 1, ESTRADA DO CLUBE PICA PAU - Bairro: PARATIBE - PAULISTA/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR VAGANTE)
ADINAEI MENDES DA SILVA JUNIOR (OUTRO)
CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

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

CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês:
ANA PATRICIA DE LIMA Fil: ROBERTO CARLOS CURCIO Data de Nascimento: 26/4/1984
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8401888/359/PE (RG)
11388518428 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRÁU COMPLETO Profissão:
MILITAR Telefones Celulares:
- 986338784

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ABREU E LIMA, 15, RUA 145, - CEP: 5 - Bairro:
CAETES I - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

ADINAEI MENDES DA SILVA JUNIOR (não presente ao plantão) - Sexo:
DESCONHECIDO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ABREU E LIMA, 15, RUA 145 - CEP: 5 - Bairro:
CAETES I - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

05.802.494/0001-41
CORREÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/iny/.mfpol/xml/BOEPreview.html

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ADINAIL MENDES DA SILVA JUNIOR, que esteve em posse do(a) Sr(a): CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI Objeto apreendido: N/A
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Pista: PF21901 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O QUEIXOSO INFORMANDO QUE TRAFEGAVA NO BAGAGEIRO DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA CONDUZIDA PELO SEU IRMAO JA MENCIONADO ACIMA, QUE NAQUELA RUA, ADINAIL PRECISOU FAZER UMA CURVA NO SENTIDO A BR 101 NORTE TENDO NESTA OCASIAO PERDIDO O CONTROLE DA MOTO, QUE TEVE COMO CONSEQUENCIA, O ACIDENTE, QUE O QUEIXOSO FOI ARREMEÇADO AO SOLO, VINDO A FRATURAR O BRAÇO DIREITO E TAMBEM ESCORIAÇÕES PELO CORPO, SENDO SOCORRIDO INICIALMENTE PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS, CONFORME ATENDIMENTO 481221 EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL MILITAR DE AREA DO RECIFE ATENDIMENTO 40820333 ONDE SUBMETEU-SE A CIRURGIA NO BRAÇO FERIDO E PERMANECERU INTERNADO DURANTE DITO DIAS, SENDO LIBERADO EM SEGUIDA.

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

Carlos Eduardo Lima Curcio
CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOÃO VIRGINIO ALVARO FILHO - Matrícula: 221088-8



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.062-010
RECIFE-PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190552765 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO **Data do acidente:** 08/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE
FRATURA DA DIÁFISE DE ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA ULNA (P.10)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FACE.
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 113.005.194-36 4 - Nome completo da vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CUELLO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TAXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 435/2012

5 - Nome completo: CARLOS EDUARDO LIMA CUELLO 6 - CPF: 113.005.194-36
7 - Profissão: MILITAR 8 - Endereço: RUA 140 9 - Número: 95 10 - Complemento:
11 - Bairro: PARTEZES I 12 - Cidade: ADEU LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52732919
15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (LDA)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 4070 CONTA: 01010593

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Seporado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros(benfeitor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 216 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura: 09/802.494/0001-41

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: ADEU LIMA 27/9/13

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIBE DE 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

END: 004 LIDER/001/1



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04020

CONTA: 000001010593-1

Nr. da Autenticação B308B5A7FEA2B171



24/09/2019

Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1402901401

Nota Fiscal | Fatura | Conta de Energia Elétrica

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE SALES 111, BOA VISTA

RECIFE, PERNAMBUCO

CEP: 50060-902

CNPJ: 10.888.392/0001-08

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-91



Tarefa Social de Energia Elétrica - Lei 10.436, de 26/04/02

COMERCIAL 119 | PRONTIDÃO 155

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800.082.0142

Ouvidoria: 0800.082.5369

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados

do Estado de Pernambuco-ARPE: 0400.727.0187

Ligação Grátis de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 157

Ligação Grátis de telefones fixos e tarifada

na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE ANA PATRICIA DE LIMA	DATA DE VENCIMENTO 24/09/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 17/09/2019	CONTA CONTRATO 7028877174
ENDEREÇO RUA CEMTO E QUARENTA 95 - QD 158 - CAETES I/ABREU E LIMA - 53530-222 ABREU E LIMA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 63,97	DATA DA APRESENTAÇÃO 17/09/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 19/08/2019 a 17/09/2019	CONSUMO 29		
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		VIA PARA PAGAMENTO	

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7028877174	MÊS/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 63,97	VENCIMENTO 24/09/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.
838900000005 639700110074 028877174105 168054878131 				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

autoatendimento.celpe.com.br/NOP_DCSRUCES_D-home-naclogw-sap.com/servicologin.nacenergia.com_RFCConversaoServiet?dest=1&cd= 1/1

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/02/2020 11:51:40
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020411514065200000056434209
Número do documento: 20020411514065200000056434209

Num. 57374178 - Pág. 22



AVENIDA CRUZ CARUBA - MUN. 1307 - SANTO AMARO RECIFE-PE
CNPJ: 004404008. Fone: (081) 0403-081 0120
Inscrição Estadual: 18.1.051.0014788-3
CNPJ: 09.969.039/0001-66
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 201908107036517

Escritório: ABREU E LIMA

PATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

NOME DO CLIENTE: LUXIMAR DA SILVA OLIVEIRA
RUA SORTE, N. 00813 - CASA-101 1 ANDAR - INSERIMENTO ABREU E LIMA PE 53070-110
INSCRIÇÃO: 185.110.031.0008.004 GRUPO: 13 MATRÍCULA: 10703651.7 08/2019-1
OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 10703651.7

PROPOSTA: RESERVA PARA FUTURO

SITUAÇÃO LIGADO	SITUAÇÃO RESPOSTA POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
1					
1					

ÁGUA
LEIT. ANT.: 222 CONSUMO: 7
LEIT. ATUAL: 229
LEIT. FAT.: 229
RESGOTO
LEIT. ANT.: VOLUME: 0
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
DATA	CONSUMO	EXIG. PELA POST. Nº 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO	
07/2019	8/	83	83	82	
08/2019	8/	83	83	80	
09/2019	8/	83	83	81	
10/2019	10/	83	83	82	
11/2019	12/	83	83	83	
12/2019	12/	83	83	83	
MÉDIA	10/ 5	83	83	83	

PARÂMETROS: TURBIDIDADE, COR APARENTE, CLORO RESIDUAL, COLIFORMES TOTAIS E COLI.

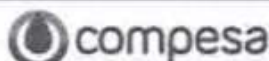
OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS ADEQUADA EM 83% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESPECIFICIDADE COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COM E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS: ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA 7 M3 VALOR R\$ 44,08

SERVICO	VALOR DE 08/2019	DESCRIÇÃO DE 08/2019	VALOR DE 08/2019
ÁGUA	44,08	1,65	8,73
ESGOTO	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 20/09/2019 TOTAL A PAGAR: 44,08

Validado por: INTERNET Emitido em: 29/09/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185



0800-2813844

MATRÍCULA: 10703651.7 08/2019-1

VENCIMENTO: 20/09/2019

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

TOTAL A PAGAR: 44,08

VIA COMPESA

26 SET 2019

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RECIFE-PE





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

Para mais esclarecimentos, 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)
Capital e regiões metropolitanas: 020-1596 / 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 91 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=22636>

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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ALIÇA, CAPITALIZAÇÃO E RESSGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.249/98.

Reio exposto, eu LUCIMAR DA SILVA OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 406.012.406/63 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CARLOS EDUARDO LIMA DURO inscrito (a) no CPF sob o nº 113.005.191/34

do sinistro de DPVAT cobertura INVULNER da vítima A MESMA

inscrito (a) no CPF sob o nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar.

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

Endereço:	Número:	Complemento:
<u>RUA DOA SETE</u>	<u>812</u>	<u>APTO. 102</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>WESTERLO</u>	<u>ABREU E LIMA</u>	<u>PE</u>
Email:		CEP: <u>53570-110</u>
		Tel (DDD): <u>81. 99745-7471</u>

Local e Data: ABREU E LIMA 24.09.19

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

DLORL001 V001/2017





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguros lider.com.br ou entre em contato através de um dos telefones abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1256 / Outras regiões: 0800 022 12 06

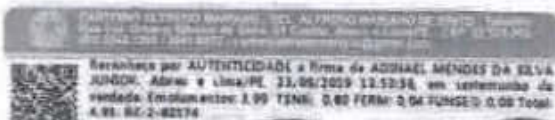
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintes: 0800 022 81 85

Eu, ADINAEI MENDES DA SILVA JUNIOR
RG nº 9628840, data de expedição 22/08/17
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 704.142.504-51
com domicílio na cidade de ABEU e LIMA, no Estado de PERNAMBUCO
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA 140 nº 75
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 CARLOS EDUARDO LIMA CUBIO, cujo o condutor era ADINAEI MENDES DA SILVA JUNIOR
Veículo: MOTO Modelo: FAN 150 ES1 Ano: 2.012
Placa: PF3 1191 Chassi: 9C2KCBK70CR612784
Data do Acidente: 08/06/2019

Local e Data: ABEU e LIMA 23.09.19

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Selo Digital: 035007.0VY0920502.01807
Adriano Correia da Silva - Escritor



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 481221

Data e Hora: 08/06/2019 17:01

Senha da Classificação:

0021

Paciente: 126422 CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 20/04/1994

Idade: 25 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ANA PATRICIA D ELIMA

Nome do Pai:

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

CRM: 12347

Endereço: SEM INFORMACAO

0

Bairro: CAETES I

Cidade/UF: ABRÉU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: MONICABBL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

16:35

Queixa Principal

LESÃO TRAUMÁTICA POR FÓRMIGAS COM LESÃO DE CÉREBRO DEVIDO A
LESÃO. REFEREM USO DE ALCOOL.

AFIRMAR QUE NÃO. PACIENTE QUEIXA-SE DE DOR EM COSTAS

Exame Físico

ESR, BUN, CREAT, Glicemia, Colesterol, (de/contraindicação?)

ECG = Ach. FC = 104 bpm (pulso cheio)

DE = VIGIL, ORIENTADO, INTELIGENTE

BOA = FALANDO INTELIGENTE

MMII = Mobiliidade/Força normal

Hipótese Diagnóstica

MI = lesão / mobilidade normal

MI = mobilidade normal

Prescrição Médica

SVC = ECG = 12 / Pulso Normal / MMII

(2+3+5)

dx = lesão / CERVICAL / Tórax

dx = ombro @ / braço @ / cotovelo @ / punho @

Assinatura e Carimbo Médico

IC de VIANE

05.802.094/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de internação

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Bos Vista - CEP: 50.062-010

RECIFE-PE

- TRAM 100mg + loose stool w 8/8h S/N

(NÃO HÁ A QUANTIDADE)

- PAINET 100mg + NO w 8/8h S/N



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1 / 1
Emitido por: ANDERSONSC
Em: 09/06/2019 15:30

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 481221 Prontuário: 126422 SAME: 113172 Hora Atend: 17:01 Data Atend: 08/06/2019
Paciente..... : CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO Idade: 25 a
Endereço..... : SEM INFORMACAO
Bairro..... : CAETES I
Cidade..... : ABREU E LIMA UF.: PE CEP: 53530785
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano.: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários.: -
Resultado..... : TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE HOSPITALA
Data Saída..... : 09/06/2019 Hora Saída : 15:48

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

DIAGNOSTICO
HMAR

PLANTONISTA CIRURGIA GERAL / 12347
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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



HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES

Paciente: **BD EY CARLOS EDUARDO LIMA JUNIO - MA**
 Prontuário: **01502494** Idade: **25 anos 5** Sexo: **M** Unidade: **PM 5L 01** Local: **Policlínica - 0001**
 CID: **S52.2 Frac da diáfise do cubito** Data Início: **10-01-2019 16:44** (Protocolo 01)

Situação: **MA TS - FRI - Tipo: ATD EMERG**

CODIGO DO ATENDIMENTO: **0150249400000004**

DATA: **11-06-2019 22:57** TIPO: **EV MEDICA** VISTO:

REGISTRO		VISTO:	
ORTOPEDIA - 11/06/19			
NOI FRATURA OMFISARIA DE ULNA DIREITA			
PACIENTE REPERIMIDO PEQUENO INCOMODO EM ESCORÇÕES, NEGA OUTRAS QUEIXAS			
AO EXAME: EGR. ISOCORICO, CORACAO, SUPLENCO, CONSCIENTE			
NÃO EM USO DE TALA, AXILIO MALAR, NEUROMUSCULAR PRESENTANDO, PRESEÇA DE HSCORÇÃO EM OMBRO DIREITO			
ESCORÇÃO EM OMBRO ESQUERDO, JOELHO DIREITO E PE DIREITO			
CD - SOLICITO HEMOGRAVIA E COAGULOGRAVIA			
- AGUARDA PROGRAMACAO CIRURGICA			
PRIC-CP	Posto Gradhuone	REGISTRO	Assinatura
3062266000	1 TEN NUNDO SOARES FERNANDES		

Relatório gerado por 3062266000 em Ter 11 Jun 2019 22:59:55

HUGO S. FERNANDES
 2.ª TEN. Médico
 CRM-PE 22.817
 101.070498-1-30/ER

#42/2019

AD2.14 - Ex Ulma D

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

12/02/2020

Atendimento Eletrônico - 01502 02836 0008 0005 - (35498209809) CARLOS EDUARDO LIMA CUNHA

HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES



Paciente: DR. EPI. CARLOS EDUARDO LIMA CUNHA - MA
Paciente: 41502 02836
CID: 932.2 Fim da doença do doente
Data de nascimento: 23/09/57
Sexo: M
Unidade: FIM BL. 01
Data de entrada: 14/02/2019 15:44
Endereço: Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
Recife - PE

CIDIO DO ATENDIMENTO: 01502 02836 0008 0005

DATA: 12/02/2019 09:18 TIPO: EVOLUÇÃO

REGISTRO

PRIMO DUINO - 12/02/2019

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

Pre-CP	Posta Graduada	REGISTRO	Assinatura
1041167601	1. JESUS CORDEIRO DE LIMA COSTA FERREIRA		

Relatório gerado por 30616081500 em Qua 12 Jan 2019 09:25:12

37/01/2019
CARLOS EDUARDO LIMA CUNHA
0101 970283601-0 EN

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
26 SET 2019
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Presidência Eletrônica - 01502 02103 0008 0007 - (5546200600) CARLOS EDUARDO LIMA CLAUDIO

HOSPITAL MILITAR DE ARICA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES



Princípio 180 km cabulos rodado L

Procedimento 81582/22016

CCO 882,2 Punt da saída de cabulo

Shimizu MA 12-1 1701-1 Tiquatú Clavatus

[illegible]

Commodity	7/19/82, 9/83	Units
...	...	...

Polymers 2021, 13, 1603

CODIGO DO ATENDIMENTO: 0350202338, DATA: 09/08/2007

DATE: 11/06/2019 12:26 TIME: 01:10:03

10270

Indirizzo

www.fishbase.org

100% Satisfaction Guarantee

ACIDENTE AL DOLICHOESTICO. FALTA DE SALA O COMBUSTÃO COMBURA
DEUS DO DE INTERCOMUNICAÇÃO ESPECIAL
ECO SOCIAL. ESTO N. SEM SENS DE SOBREVIVÊNCIA

China Co.

Notes

Incassino

10

[illegible]

† THE GREAT CAPTAIN OF SALVA

Relatório gerado por 30505625100 em Qui 13 Jun 2019 12:33:14

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO
CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN CIENCIAS DE LA TIERRA Y DEL ESPACIO
LABORATORIO DE GEOMORFOLOGÍA Y GEOTECNIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

10/06/2019

HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES

Paciente: **EDU CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO - MA**
 Nome: **EDU CARLOS** | Data de Nascimento: **25/04/81**
 Sexo: **M** | Estado Civil: **casado**
 Endereço: **Rua da Aurora, nº 175, sl 902 BL C, Boa Vista - CEP: 50.060-010 - RECIFE - PE**
 Telefone: **(51) 3034-1044**
 Data de Admissão: **10/06/2019** | Hora de Admissão: **10:44**

CODIGO DO ATENDIMENTO 01502000000000000001

DATA: 10/06/2019 às 14:47	TIPO: EVOLUÇÃO	HEI:
RESUMO O paciente apresenta quadro de insuficiência cardíaca congestiva, com sinais de congestão pulmonar e edema de membros inferiores. Em uso de medicação para controle da pressão arterial e insuficiência cardíaca. Evoluiu com melhora dos sintomas, porém ainda necessita de acompanhamento médico.		
DIAGNÓSTICO 1. TUMOR BENIGNO DE GLÂNDULA TIROIDEA 2. HIPERTENSÃO ARTERIAL 3. DIABETES MELLITUS TIPO 2	EXAME FÍSICO PA: 120/80 mmHg, FC: 72 bpm, FR: 18 rpm, SpO2: 98% em ar ambiente.	EXAME DE LABORATÓRIO Hemograma: Hb: 14,0 g/dL, Hct: 42,0%, Plq: 310.000/mm³. Perfil Lipídico: Colesterol Total: 180 mg/dL, LDL: 120 mg/dL, HDL: 40 mg/dL, TG: 150 mg/dL.
TRATAMENTO 1. Clozapina 150mg/dia 2. Metformina 850mg/dia 3. Lisinapril 10mg/dia	PROGNÓSTICO Bom	ASSINATURA _____

Atestado gerado por 20020411514065200000056434209

Hugo S. FERNANDES
 Médico Titular
 CRM-PE 22.547
 IDP: 07046/MG/14 - MCEB

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 26 SET 2019
 Rua da Aurora, nº 175, sl 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES

Paciente:	(30 Ely) CARLOS EDUARDO LIMA CUIRICO - MA	Unidade:	3º Enfermaria - Leito 11	Cama: 1011 (Apt. 11)
Procurador:	01502 82938	Idade:	25 anos 1	Sexo:
CDI:	5322 Fim da observação de estado	Idade inferior:	10-06-2019 18-44	
Sessão:	MA 15: - Fim - Tipo: ATD EMERG			

CODIGO DO ATENDIMENTO: 0150202830.00018.00018

DATA:	13-06-2019 17:29	TIPO:	EV MEDICA	VISTO:
-------	------------------	-------	-----------	--------

REGISTRO			
EVOLUÇÃO MÉDICA - 13/06/2019 - PMAO			
NO:			
1. FRATURA DIAPHRAGMÁTICA DIREITA			
2. FRATURA DE FACE			
EM USO DE SINTOMÁTICOS.			
EVOLUÇÃO:			
PACIENTE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. EVOLUINDO SEM QUEIXAS NIEM INTERCORRÊNCIAS.			
AO EXAME:			
ECG: REGULAR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCORADO, ACAMOTICO, ANCTÉRICO			
ACV: HCR EM 27, SNF, SAS			
CDI:			
1. MANTENDO SINTOMA			
2. AGUARDAR PARECER CARDIOLOGICO;			
3. AGUARDAR CIRURGIA			
4. VIGILANCIA CLÍNICA			
Prec-CP	Piso Gradiente	REGISTRO Anterior	
3002045000	1 TEN AURELIANO FERREIRA DA SILVA		Aureliano FERREIRA 1º Ten - Médico CRM 22.413 Id: 070301067-1 MD/ER

Registado por: 3002045000 em Qui 13 Jun 2019 17:37:30

05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 26 SET 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP- 50.060-010
 RECIFE-PE



140652018

Prescrição Eletrônica - 01502 02838 0008 0009 - (CS409200000) CARLOS EDUARDO LIMA LOPES

HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES



Paciente: (MO EM) CARLOS EDUARDO LIMA LOPES - MA
Prontuário: 01502.02838 Sexo: M Unidade: 5ª Enfermaria Leito: 111 Camar: 0011 (Apt)
CID: S52.2 Fret de diabetes do tipo 2 Data Início: 10-08-2019 10:44
Situação: MA TS: - FRO: - Tipo: ATD EMERG

CÓDIGO DO ATENDIMENTO: 0150202838.0008.0009

DATA: 14-05-2019 08:17 TIPO: EV EMERGÊNCIA

VISTO:

REGISTRO

Paciente constantemente orientado, aderindo às 1350g para realização de cura cirúrgica em virtude de alteração na glicemia hiperglicêmica a diabetes mellitus em acompanhamento no bloco cirúrgico sem intercorrências

Proc-CP	Proto-GrauNome	REGISTRO	Assinatura
77110205000	DOC RUBI TANI		Rubi Tani Enfermeira CRESSA CAROLINE 05/08/2019

Relatório gerado por 77110205000 em Sex 14 Jun 2019 08:19:10

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

15/06/2018

Prescrição Eletrônica : 01502 02838 0008 0011 - (35-9820800) CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES



Paciente: (35 69) CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO - MA

Problema: 01502 02838

Idade: 25 anos 2

Sexo: M

Unidade: 4ª Enfermaria, Lado: 119

Cama: 0811 (Apt

CID: 932.2 Fer. da cabeça do adulto

Data Início: 10-06-2019 10:44

Situação: MA TS - PRH - Tipo ATO EMERG

CODIGO DO ATENDIMENTO: 0150202838.0008.0011

DATA: 15-06-2019 08:13 TIPO: EV/MEDICA

VISTO:

REGISTRO

ORTOPEDIA

HD: 1 DIA DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ULA DIREITA.

PACIENTE SEM QUEIXAS

AO EXAME: EGIL, ISOCORICO, CORADO, HIGIATADO, EUPNEICO, CONSCIENTE
MSD EM USO DE TALA AXILO PALMAR, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO
ESCORIAÇÕES EM OMBRO DIREITO, PE ESQUERDO, JOELHO DIREITO

DO: MANUTER ATB:

VPM

Prec-CP	Prota Graashorne	REGISTRO	Assinatura
100622065600	1 TEN HUGO SOARES FERNANDES		

Relatório gerado por 30622065600 em Sab 15 Jun 2019 08:15:14

HUGO SOARES FERNANDES
1º TEN. Medico
CRM PE 24384
RDT: 80704919614 - MUIER

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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



16/06/2019

Prontuário Eletrônico : 01502.92838.0009.0013 - (344400000) CARLOS EDUARDO LIMA CUNHO

HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES



Paciente: (30) EPI CARLOS EDUARDO LIMA CUNHO - MA
Pneumonia: 81582.92838 33 anos 2 Sexo M
CCO: 882.2 Fm de defesa do pulmão
Sintomas: MA, TG - FRA - Tipo ATO EXISTE

Unidade: 3º Externato - Lado Direito-0811 (Cap 11)
Data Intern: 16-06-2019 16:44

CÓDIGO DO ATENDIMENTO: 0150202838.0009.0013

DATA: 16-06-2019 08:49 TIPO: EVOLUÇÃO

VISTO

REGISTRO OFICINA

ACT ENVOLVENDO SEM SEM INTERCORRENCIAS
SEM QUINOLAS
ESGOTA, EUPNEICO, COORDADO, HODIATNO, ATERIAL
ALTA COM ORIENTAÇÕES
NUTRICIONAIS ORAL E ALIMENTAÇÃO

Nome CP	Pronto Diagnostic	REGISTRO	Assinatura
RODRIGUES, LIO	MAU PNEUMONIA BILATERAL, EXPL. CAVIT. MENORES		

Relatório gerado por: 02468023100 em: Dom, 16-Jun-2019 08:50:59

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

PE

CARLOS EDUARDO LIMA CORDEIRO

1827843160

06378195281

01/01/2028

31/08/2028

RECIFE, PE

27/06/2019

PERNAMBUCO

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 26 SET 2019
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP 50.050-010
 RECIFE-PE

