



Número: **0001705-34.2019.8.17.2260**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Belo Jardim**

Última distribuição : **21/10/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
J. C. S. S. (AUTOR)		GRASIELE DE LIMA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57302 667	03/02/2020 11:49	2691512_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BELO JARDIM/PE

Processo: 00017053420198172260

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOAO CAINAN SANTOS SOARES**, 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

Cumprido 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

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



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

DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

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

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;



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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA


DADOS DO SINISTRO

Número: 3190486003 Cidade: Belo Jardim Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOAO CAINAN SANTOS SOARES Data do acidente: 21/04/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/08/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA. P6
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. P5/6 ALTA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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.

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), 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 21/04/2019. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), 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:	06/09/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00773

CONTA: 000000029376-3

Nr. da Autenticação 57F7AB4C4CF3BFE2

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).

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 Nº 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.



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\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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.”

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

⁷ **art. 1º . (...)**

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



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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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



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,

BELO JARDIM, 31 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

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



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOAO CAINAN SANTOS SOARES**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BELO JARDIM**, nos autos do Processo nº 00017053420198172260.

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: **0001705-34.2019.8.17.2260**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Belo Jardim**

Última distribuição : **21/10/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
J. C. S. S. (AUTOR)		GRASIELE DE LIMA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57302 670	03/02/2020 11:49	ANEXO 1	Outros (Documento)



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)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / 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 97

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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, a 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 ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CARLA MARIA FIRMINO MELO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 07872304429 / _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário.

DENILZA NASCIMENTO SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.383.714-85 / _____

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima JOÃO CARLOS SANTOS SOARES

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: RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA

Bairro: BOA VISTA

E-mail: _____

Cidade: PENEDO

Número: 37

Estado: PE

Complemento: GARAGEM

CEP: 55150-020

Tel.(DDD): _____

81 99706771

Local e Data: BELO JARDIM 07/08/2019

Carla Maria Firmino Melo
Assinatura do Declarante





Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0**81) 3726.2233

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que JOÃO CRISTIAN SANTOS
SILVEIRA residente RUA IZABEL CORDEIRO
FERREIRA, 16 BELA VISTA BELO JARDIM/PE esteve internado
neste Hospital no período de 21.04.2019 à
_____ com diagnóstico de CID:
FRATURA EXPOSTA prontuário nº _____

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 20/05/2019

Dr. Sayuri Pereira
Diretora Geral
HJAL / UPA
Coren / PE 323-447

Responsável

ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2019





HOSPITAL GERAL CLÁUDIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Paciente: João Lacerda Santos Silva
 Nº: 1035777 Etn: Sexo:

DATA DE ENTRADA: 21/4/19 DATA DE SAÍDA: 25/4/19

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: Fratura com fratura E

DIAGNÓSTICO FINAL: Trat. cirúrgico
de fratura

EVOLUÇÃO (EM ENFERMARIA) Evoluiu com sangramento em FO, suspenso de acordo com melhora do sangramento. Fez uso de oxacilina, metronidazol e amoxicilina por 10 dias. Evoluiu com bom aspecto de FO.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE

PARA CONTROLE EM: 25/4/19
 Assinatura: Dr. Carlos
 Nº: 13.381

ARUANA SEGURADORA
 19 AGO 2019





HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

SIST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PRESIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o Segurado José (Guilherme) Santos
Santos

portador de Carteira Profissional: N.º _____ Série _____

necessita de 60 sessenta dias de afastamento
do trabalho, a partir desta data, que motivo da doença.

1) Diagnóstico: Fratura pura F

2) Tratamento: Fixador externo

Deverá retornar ao Ambulatório de _____

com _____ (marcação preferencial na fila, no dia anterior)

Recife 24/8/19

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

LOCALIDADE/DATA

Ass. do Médico - CRM N.º _____

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 80.601 DE 14-03-87 E SERÁ EXPEDIDO
SIGNIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2019



HOSPITAL CHIRAL DIA DO DEPARTAMENTO

SERVIÇO DE ESPECIALIDADES

DIVISÃO DE AMPLIAÇÃO DE SERVIÇOS - PACIENTES INTERNOS

DO DOUTOR:

Fund Cairan Sink Socia

108549

Removido para o

Karav

25/4/79

Visto - Chama de Atuação

Assinatura do Responsável e Centro

Assinatura do Médico

Assinatura do Enfermeiro

Assinatura do Farmacêutico

Assinatura do Nutricionista

Assinatura do Psicólogo

Assinatura do Físico

Assinatura do Radiologista

Assinatura do Patologista

Assinatura do Dentista

Assinatura do Odontólogo

Assinatura do Otorrinolaringologista

Assinatura do Oftalmologista

Assinatura do Dermatologista

Assinatura do Ginecologista

Assinatura do Urologista

Assinatura do Nefrologista

Assinatura do Endocrinologista

Assinatura do Pneumologista

Assinatura do Cardiologista

Assinatura do Neurologista

Assinatura do Psiquiatra

Assinatura do Gerontólogo

Assinatura do Reumatologista

Assinatura do Hematologista

Assinatura do Oncologista

Assinatura do Infectologista

Assinatura do Toxicologista

Assinatura do Anestesiologista

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Radioterapeuta

Assinatura do Fisioterapeuta

Assinatura do Fonoaudiólogo

Assinatura do Terapeuta Ocupacional

Assinatura do Psicopedagogo

Assinatura do Pedagogista

Assinatura do Sociólogo

Assinatura do Antropólogo

Assinatura do Historiador

Assinatura do Geógrafo

Assinatura do Arqueólogo

Assinatura do Zoológico

Assinatura do Botânico

Assinatura do Meteorologista

Assinatura do Oceanógrafo

Assinatura do Astrônomo

Assinatura do Biólogo

Assinatura do Químico

Assinatura do Físico

Assinatura do Engenheiro

Assinatura do Arquiteto

Assinatura do Urbanista

Assinatura do Cartógrafo

Assinatura do Topógrafo

Assinatura do Agrônomo

Assinatura do Zootecnista

Assinatura do Veterinário

Assinatura do Sanitarista

Assinatura do Epidemiologista

Assinatura do Estatístico

Assinatura do Matemático

Assinatura do Cientista da Computação

Assinatura do Engenheiro de Software

Assinatura do Programador

Assinatura do Analista de Sistemas

Assinatura do Administrador de Empresas

Assinatura do Contador

Assinatura do Economista

Assinatura do Sociólogo

Assinatura do Político

Assinatura do Jornalista

Assinatura do Comunicador Social

Assinatura do Designer Gráfico

Assinatura do Artista Plástico

Assinatura do Escultor

Assinatura do Arquiteto

Assinatura do Urbanista

Assinatura do Paisagista

Assinatura do Conservacionista

Assinatura do Museólogo

Assinatura do Bibliotecário

Assinatura do Documentalista

Assinatura do Arquivista

Assinatura do Editor

Assinatura do Impressor

Assinatura do Graficista

Assinatura do Fotógrafo

Assinatura do Videomaker

Assinatura do Somenteiro

Assinatura do Técnico em Segurança

Assinatura do Vigia

Assinatura do Guardinha

Assinatura do Porteiro

Assinatura do Cozinheiro

Assinatura do Garçom

Assinatura do Limpeza

Assinatura do Jardineiro

Assinatura do Pintor

Assinatura do Carpinteiro

Assinatura do Encanador

Assinatura do Eletricista

Assinatura do Mecânico

Assinatura do Serralheiro

Assinatura do Soldador

Assinatura do Metalúrgico

Assinatura do Ceramista

Assinatura do Vidreiro

Assinatura do Tapeceiro

Assinatura do Alfaiate

Assinatura do Costureiro

Assinatura do Sapateiro

Assinatura do Barbeiro

Assinatura do Cabeleireiro

Assinatura do Estilista

Assinatura do Maquiador

Assinatura do Aromaterapeuta

Assinatura do Massagista

Assinatura do Reflexólogo

Assinatura do Acupunturista

Assinatura do Iyengar Yoga

Assinatura do Hatha Yoga

Assinatura do Viniya Yoga

Assinatura do Ashtanga Yoga

Assinatura do Kundalini Yoga

Assinatura do Transcendental

Assinatura do Zen

Assinatura do Nichiren

Assinatura do Jodo Shinshu

Assinatura do Tendai

Assinatura do Shingon

Assinatura do Pure Land

Assinatura do Theravada

Assinatura do Mahayana

Assinatura do Vajrayana

Assinatura do Bon

Assinatura do Taoismo

Assinatura do Xintoísmo

Assinatura do Budismo

Assinatura do Hinduísmo

Assinatura do Islã

Assinatura do Cristianismo

Assinatura do Judaísmo

Assinatura do Sikhismo

Assinatura do Jainismo

Assinatura do Zoroastrismo

Assinatura do Espiritismo

Assinatura do Ocultismo

Assinatura do Misticismo

Assinatura do Esotérico

Assinatura do Parapsíquico

Assinatura do Psiquêsico

Assinatura do Metempsírico

Assinatura do Reencarnacionista

Assinatura do Espiritualista

Assinatura do Teosófico

Assinatura do Rosacruz

Assinatura do Hermetismo

Assinatura do Alchimista

Assinatura do Alquimista

Assinatura do Cabala

Assinatura do Kabbalah

Assinatura do Tarô

Assinatura do Oráculo

Assinatura do Astrologia

Assinatura do Numerologia

Assinatura do Gematria

Assinatura do I-Ching

Assinatura do Feng Shui

Assinatura do Qi Gong

Assinatura do Tai Chi

Assinatura do Judo

Assinatura do Karate

Assinatura do Taekwondo

Assinatura do Jiu-Jitsu

Assinatura do Muay Thai

Assinatura do Kickboxing

Assinatura do MMA

Assinatura do Wrestling

Assinatura do Boxe

Assinatura do Futebol

Assinatura do Basquete

Assinatura do Vôlei

Assinatura do Tênis

Assinatura do Badminton

Assinatura do Squash

Assinatura do Snooker

Assinatura do Billar

Assinatura do Golf

Assinatura do Hockey

Assinatura do Curling

Assinatura do Patinação

Assinatura do Skate

Assinatura do Surf

Assinatura do Snowboard

Assinatura do Bobsled

Assinatura do Luge

Assinatura do Skeleton

Assinatura do Biatlão

Assinatura do Esqui

Assinatura do Cross Country

Assinatura do Atletismo

Assinatura do Ciclismo

Assinatura do Triatlo

Assinatura do Ironman

Assinatura do Maratona

Assinatura do Meio Fundo

Assinatura do Fundo

Assinatura do Sprint

Assinatura do Hurdle

Assinatura do Relé

Assinatura do Salto

Assinatura do Lançamento

Assinatura do Arremesso

Assinatura do Javelina

Assinatura do Martelo

Assinatura do Disco

Assinatura do Peso

Assinatura do Halterofilismo

Assinatura do Levantamento

Assinatura do Powerlifting

Assinatura do Strongman

Assinatura do Bodybuilding

Assinatura do Fitness

Assinatura do Pilates

Assinatura do Yoga

Assinatura do Tai Chi

Assinatura do Judo

Assinatura do Karate

Assinatura do Taekwondo

Assinatura do Jiu-Jitsu

Assinatura do Muay Thai

Assinatura do Kickboxing

Assinatura do MMA

Assinatura do Wrestling

Assinatura do Boxe

Assinatura do Futebol

Assinatura do Basquete

Assinatura do Vôlei

Assinatura do Tênis

Assinatura do Badminton

Assinatura do Squash

Assinatura do Snooker

Assinatura do Billar

Assinatura do Golf

Assinatura do Hockey

Assinatura do Curling

Assinatura do Patinação

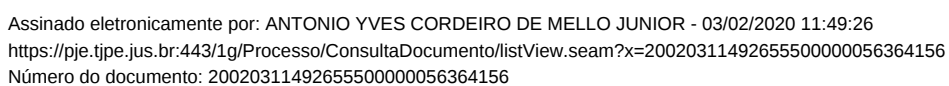
Assinatura do Skate

Assinatura do Surf

Assinatura do Snowboard

Assinatura do Bobsled

Assinatura do Luge





SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipló – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: JOÃO CAINAN SANTOS SOARES

Reg: 1085014

Enf:

Leito:

DATA DE ENTRADA: 07/06/2019

DATA DE SAÍDA: 07/06/2019

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE COMPARECE AO SERVIÇO PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO,
RETIRADO SEM INTERCORRENCIAS. ENCAMINHO AO AMBULATORIO

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: JOELHO
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

Gr., Janderson Carvalho
MÉDICO RESPONSÁVEL
CRM 27896-PE

ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2013



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO
CASTRO
Em 30/07/2019 11:46

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3323308

Leito: PED 403-01

Admissão: 21/04/2019 20:04

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 509140 (FECHADO)

Responsável: MARIA BEATRIZ BEZERRA TELES - CRM
13361 / PEDIATRIA

Data de Referência: 06/05/2019

Data/Hora do Documento: 06/05/2019 07:17

#15º DIH / 14º DPO:

HD: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

USOU: OXACILINA D10
AMICACINA D10
METRONIDAZOL D10
DIPIRONA S/N.

USANDO SINTOMATICOS

EVOLUINDO AFEBRIL
FEN+

AO EXAME: BEG, EUPNÉICO, AFEBRIL, HIDRATADO, NORMOCORADO.
ACV:RCR EM 2T, BNF S/S.
AR: MV+ SEM RA,
ABD: ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR.
SOA: FO COM BOM ASPECTO, COM FIXADOR EXTERNO.
SN: CONSCIENTE, ORIENTADO, ATIVO.
OROFARINGE SEM ALTERAÇÕES

CD: ALTA HOSPITALAR

MARIA BEATRIZ BEZERRA TELES
CRM 13361

ARUANA SEGURADORA
19 ABO 2013

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3323306

Leito: PED 403-01

Admissão: 21/04/2019 20:04

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 505639 (FECHADO)Responsável: MARIA JOSENILDA DE FRANCA - CRM 9230 /
PEDIATRIAData de Referência: 30/04/2019
Data/Hora do Documento: 30/04/2019 10:41

9º DIH / 8º DPO

HD: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

USANDO: OXACILINA D8/10
AMICACINA D7/10
METRONIDAZOL D8/10
DIPIRONA FIXO.

DS: SEM INTERCORRÊNCIAS.

AO EXAME: BEG, EUPNÉICO, AFEBRIL, HIDRATADO, NORMOCORADO.

ACV:RCREM 2T, BNF S/S, FC: 80 BPM.

AR: MVUA SEM RA, FR: 18 IRPM.

ABD: ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR.

SOA: FO COM SANGUEAMENTO EM FO, MAS COAGULANDO, SEM SECREÇÃO, EDEMA (+/4+)

SN: CONSCIENTE, ORIENTADO, ATIVO.

DE MENOR DE ALTA DA ORTOPEDIA, PORÉM AINDA COM EDEMA EM PERNA ESQUERDA, COMO LESÃO
DE ATROPELAMENTO.COM CONTAMINAÇÃO, FOI OPTADO POR MANTER ESQUEMA TRIPLICE, FARA NO MÍNIMO 7/10 DIAS.
MANTER PACIENTE NA PEDIATRIA, NÃO TRANSFERIR PARA O POSTO IV.MARIA JOSENILDA DE FRANCA
CRM 9230ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2013

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Em 30/07/2019 11:45

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3323306

Leito: PED 403-01

Admissão: 21/04/2019 20:04

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 503154 (FECHADO)

Responsável: MARIA TEREZA DE ARAUJO MAGALHAES
DUARTE - CRM 10292 / PEDIATRIA

Data de Referência: 26/04/2019
Data/Hora do Documento: 26/04/2019 09:14

#6° DIH / 4° DPO;

HD: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA;

USANDO: OXACILINA D4;
AMICACINA D5;
METRONIDAZOL D4;
DIPIRONA FIXO.

fez: CLEXANE
CEFALOTINA 01 DIA

DS: SEM DISTR. EUPNEICO, HIPOCORADO (+/4+), AFEBRIL, HIDRATADO, BOA PERFUSÃO;
ACV: RCR, BCNF, S/S;
AR: MVN SEM RA;
AD: ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR;; SOA: MID COM FIXADOR EXTERNO E CURATIVO. OBSERVADO EDEMA DA PERNA, COM DISCRETO CALOR LOCAL. AGUARDA MATERIAL PARA TROCAR CURATIVO;;
SN: CONSCIENTE, ORIENTADO, ATIVO.

CD: MENOR DE ALTA DA ORTOPEDIA, PORÉM AINDA COM EDEMA EM PERNA ESQUERDA, COMO LESÃO POR ATROPELAMENTO, COM CONTAMINAÇÃO, FOI OPTADO POR MA, FAZER ESQUEMA TRIPLICE, FARA NO MÍNIMO 7/10 DIAS. MANTER PACIENTE NA PEDIATRIA, NÃO TRANSFERIR PARA O POSTO IV.

MARIA TEREZA DE ARAUJO MAGALHAES
CRM 10292

ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2019

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 2 de 2

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em 30/07/2019 11:45

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10531

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

MARIA JOSENILDA DE FRANCA
CRM 9230

ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2013

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 1 de 2

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em 30/07/2019 11:45

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDIC(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3323308

Leito: PED 403-01

Admissão: 21/04/2019 20:04

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 501716 (FECHADO)

Responsável: MARIA JOSENILDA DE FRANCA - CRM 9230 /
PEDIATRIA

Data de Referência: 24/04/2019
Data/Hora do Documento: 24/04/2019 10:28

#4° DIH / 2° DPO

HD: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

USANDO: OXACILINA D2;
AMICACINA D2
METRONIDAZOL D2
DIPIRONA FIXO

fez CLEXANE
CEFALOTINA 01 DIA

DE SEM DISTERMIA
FEN
DIETA: ACEITA BEM

EVOLUÇÃO: GENITORA NEGA INTERCORRENCIAS, MENOR SEM QUEIXAS NO MOMENTO

AO EXAME: EG MELHORADO, EUPNEICO, HIPOCORADO (+/4+), AFEBRIL, HIDRATADO

ACV: RCR, BCNF, S/S

AR: MVN SEM RA

AD: ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR

ME: PERNA COM FIXADOR EXTERNO, EDEMA ++/4+, COM CALOR, SEM SANGRAMENTO POR OSTIOS, FO SEM SECREÇÃO, PULSOS PALPAVEIS, BOA PERFUSSAO

SN: CONSCIENTE, ORIENTADO, ATIVO

CD: PACIENTE SEM SANGRAMENTO POR OSTIO DO FIXADOR, TPAE E VSH NAO REALIZADOS POR FALTA DE KIT NO SERVIÇO, PLT NORMAL, COMO SANGRAMENTO PROVAVELMENTE PELO USO DO CLEXANE, JA LIBERADO POR ORTOPEDISTA PARA SENTAR E COMO E JOVEM MENOR RISCO DE TROMBOSE POR IMOBILIDADE, MANTENHO SUSPENSO CLEXANE

PACIENTE COM FRATURA COM CONTAMINAÇÃO GRAU 3, SUSPENDO CEFALOTINA E FAÇO OXACILINA 300 MG/KG/DIA + AMICACINA 15 MG/KG/DIA E METRONIDAZOL 30 MG/KG/DIA (INICIADO EM 22/04/19). LEUCOGRAMA E PCR NORMAIS, MANTENHO ESQUEMA DE ATB

DEIXO DIPIRONA S/N

SEGUE EM VIGILANCIA, SUSPENDO TRANSFERENCIA PARA O POSTO 4

ORIENTO GENITORA

ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2019

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 2 de 2

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Em 30/07/2019 11:44

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

MARIA JOSENILDA DE FRANCA
CRM 9230

ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2023

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 2

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Em 30/07/2019 11:44

Paciente: 1085014 - JOÃO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3323306

Leito: PED 403-01

Admissão: 21/04/2019 20:04

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 500494 (FECHADO)

Responsável: MARIA JOSENILDA DE FRANCA - CRM 9230 / Data de Referência: 22/04/2019
PEDIATRIA Data/Hora do Documento: 22/04/2019 12:17

#2º DIH / 0º DPO

HO FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

USANDO: CEFALOTINA DO
DIPIRONA FIXO
CLEXANE

DE: SEM DISTERMIA
FEN
DIETA: ACEITA BEM

EVOLUÇÃO: GENITORA NEGA INTERCORRENCIAS. MENOR SEM QUEIXAS NO MOMENTO
ENFERMAGEM REFERE SANGRAMENTO PELO OSTIO DO FIXADOR

HDA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE JUMENTO COM FRATURA EXPOSTA EM PERNA ESQUERDA, NEGA
TRAUMA CRANIANO

VACINAS: EM ATRASO (SIC)
ALERGIAS: NAO

AO EXAME: EGR, EUPNEICO, HIPOCORADO (+/4+), AFEBRIL, HIDRATADO

ACV: RCR, BCNF, S/S

AR: MVN SEM RA

AD: ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR

ME PERNA COM FIXADOR EXTERNO, EDEMA ++/4+, COM CALOR, SANGRAMENTO LENTO PR OSTIO DA FACE
MEDIAL DO FIXADOR EXTERNO PROXIMAL, FO SEM SECREÇÃO, PULSOS PALPAVEIS, BOA PERFUSSAO

BN: CONSCIENTE, ORIENTADO, ATIVO

DO: COMO PACIENTE COM SANGRAMENTO POR OSTIO DO FIXADOR, SOLICITO REALIZAR CURATIVO
CLUSIVO E SUSPENDO CLEXANE

PACIENTE COM FRATURA COM CONTAMINAÇÃO GRAU 3, SUSPENDO CEFALOTINA E FAÇO OXACILINA 300
MG/KG/DIA + AMICACINA 15 MG/KG/DIA E METRONIDAZOL 30 MG/KG/DIA

SOLICITO HEMOGRAMA, PCR, VSH E TPAE

CHAMAR MP APOS RESULTADO DOS EXAMES PARA AVALIAR SE RETORNA COM O CLEXANE
SEGUE EM VIGILANCIA

ORIENTO GENITORA

ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2019

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JOAO CAINAN SANTOS SOARES
Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias Nasc. 14/09/2005
Sexo: MASCULINO CNS: 898002991595622 Contatos: 81. 89688726 | Celular: 81.
Mãe: DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS
Endereço: PRACA DOM LUIZ, N.º 0 - BATRÃO: SAO PEDRO - CIDADE: BELO JARDIM - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 21/04/2016 13:
Prontuário: 1085014
Nº. Atendimento: 3323303
Serviço: CIRURGIA

Enfermagem/Leito:

Médico:
ANA LECTA CARNEIRO LEO DE ARAUJO LIMA

Admissão

Queixa Principal

DOR, DEFORMIDADE E FERIMENTO EM MIE

História Clínica

PAÇIENTE VITIMA DE QUEDA DE JUMENTO COM FRATURA EXPOSTA EM PERNA ESQUERDA

Exame Físico

PULSOS +
SENSIBILIDADE +
FERIMENTO EM FACE ANTEROLATERAL DE PERNA ESQUERDA

Observações

RX- FRATURA DOS OSSO DA PERNA ESQUERDA

Conduta

INTERNO PARA TTO CIRURGICO DE URGENCIA

ANA LECTA CARNEIRO LEO DE ARAUJO LIMA - CRM: Nº.20645

ARUANA SEGURADORA
19 ABO 2013

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejupió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





CARTÓRIO

Maria Ferreira Cavalcanti

Registro Civil das Pessoas Naturais
Município de Belo Jardim - Estado de Pernambuco

Luiza Gesilânia Freitas Cavalcanti de Santana
Oficiala Substituta em Exercício
CPF 478.037.384-00

Luciana Maria Ramos de Andrade
Escrivente Autorizada
CPF 822.733.914-04

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que às fls. 18v, do livro "A" 48, N.º 53.643 Registro.

de nascimento, foi feito o assento de João Cainan Santos

Soares nascido em Belo Jardim-PE

no dia 14 de setembro de 2005, Filho(a) Julio Temotio

Soares e Denilza do nascimento

Santos, agricultora

Sendo avós paternos:

e Guiterina Tibon Soares

Avós Maternos Bernardino Antonio do nascimento

e Adeilza Tereza do Espirito Santo

Foi declarante O pai

Observações: Dispensadas as testemunhas de acordo com o art. 197, Título II do livro IV do Regimento da Corregedoria.

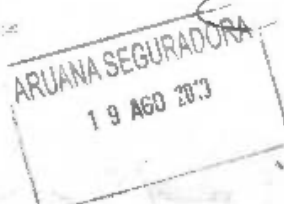
Feito em virtude da lei 6015/73, Ato Gratuito de acordo com a lei 9.534, de dezembro de 1997. (Art. 4 da Resolução 131/99 TJPE), Válido somente com selo de Autenticidade e Fiscalização.

O referido é verdade dou Fé

Belo Jardim 21 de novembro de 2005



Luiza Gesilânia Freitas Cavalcanti de Santana



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARLA MARIA FIRMINO MELO

CPF: 0179608 808 PE

CPF: 076.723.044-29 DATA DE NASCIMENTO: 08/01/1988

PLACAS: NAO DECLARADO

DJARDINA FIRMINO MELO

PERMISSÃO: ☒ AC: ☐ CAT: ☐ H: ☐

REGISTRO: 05874520418 VALIDADE: 23/11/2022 DATA DE EMISSÃO: 09/09/2015

OCCUPAÇÃO:

Carla Maria Firmino Melo
MONTAGEM DE FOTOGRAFIA

LOCAL: CASTANHO, PE DATA DE EMISSÃO: 24/11/2017

Helio Antonio de Jesus Ribeiro
Secretário de Segurança
Assessoria de Identificação

31 ANT4618498
99032633342

PERNAMBUCO

VALOR DO TÍTULO: 1487707000
OUTROS TÍTULOS NACIONAIS: 1487707000

PROBIOGR.FLUSTICAP: 1487707000

ARQUIVADA SECRETARIA
19 AGO 2013



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.824.890 DATA DE EXPIRAÇÃO 31/05/2017

NOME << DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS >>

PILAGEM << BERNARDINO ANTONIO DO NASCIMENTO >>
<< ADEILZA SUZANA DA SILVA >>

NATURALIDADE BELO JARDIM - PE DATA DE NASCIMENTO 08/07/1984

DOC. ORDEM << 077321 01 55 1992 1 00028 202
0033960 74 BELO JARDIM-PE >>

CNP 050.363.714-85

Assinatura: *Denilza Santos*

Assinatura: *Arduana C.G. Alencar*

LEI Nº 118 DE 28/08/83

1017026072006083944.7406315 F-76 195.277 - 3012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CARLOS BIRRI

EC-5

Denilza do m Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ARUANA SEGURADORA
19 AGO 2013



DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

E-MAIL: carlafrminomelo@hotmail.com TEL/FONE (81) 991686771

OBS.: REPRESENTANTE LEGAL QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS, PODERÁ SER PAI, MÃE

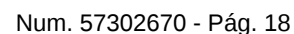
1. AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITÍMA MENOR DE 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

ESTADÍSTICA Carla Maria F. 200

no



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190486003 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO CAINAN SANTOS SOARES **Data do acidente:** 21/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA. P6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. P5/6 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Denilza Nascimento Santos, brasileiro(a), estado civil Solteira, profissão Recusou, residente e domiciliado à R. Stabel Cordeiro Ferreira, nº 16, bairro Bela Vista, Município de Bele Jardim, Estado PE, CEP: 55151-110, portador(a) do RG nº 6.824890, SDS- PE e CPF nº 05038371485.

Outorgado: **CARLA MARIA FIRMINO MELO**, brasileiro(a), estado civil **SOLTEIRA**, profissão **RECUSOU**, residente e domiciliado(a) à **Rua NUMERIANO ALVES BEZERRA, nº 37**, bairro: **CENTRO**, Município de **BELO JARDIM**, Estado de (o) **PERNAMBUCO**, Cep: **55150-020**, portador (a) do RG nº **9 179 608**, SDS/ **PE**, e CPF nº **076.723.044-29**.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT para atuar no processo de natureza Invalidez, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Santo Paulino Santos Soares, CPF: 050.383.714.85 ocorrido em 21/04/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

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

Bele Jardim, de 11 Junho de 2019.



Denilza do N Santos
Outorgante
CPF Nº 050.383.714.85

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: EMBRELO VIRGÍNIO DIAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2589

Reconheço por Autenticidade a firma de DENILEA DO NASCIMENTO SANTOS. Den fê. Bele Jardim/PE, 11/06/2019.

Emol: R\$ 3,59; TSNR: 0,80; FERM: R\$ 0,04; FUNSEG: R\$ 0,08; FERC: 0,40; Total: R\$ 4,41

Maria Luciana da Silva
ESCREVENTE AUTORIZADA

Selo: 0131425.QOVU6201901.00924 11/06/2019 11:40:51
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



19 JUN 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0283554/19

Vítima: JOAO CAINAN SANTOS SOARES

CPF: 050.383.714-85

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/04/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS : 050.383.714-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/08/2019
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Josyelli de Oliveira Cabral





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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190486003

Vítima: JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Data do Acidente: 21/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000773**

Conta: **0000029376-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00181/00182 - carta_15R - INVALIDEZ

00320091





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

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190486003

Vítima: JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Data do Acidente: 21/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS

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 14929401

Pag. 00179/00180 - carta_01 - INVALIDEZ

00320090





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

JOÃO CAINAN SANTOS SOARES

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

5 - Nome completo:

JOÃO CAINAN SANTOS SOARES

6 - CPF:

7 - Profissão:

NÃO POSSUI

8 - Endereço:

RUA ISABEL CORDEIRO FERREIRA

9 - Número:

16

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BELA VISTA

12 - Cidade:

BELO JARDIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55151-110

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 9569-0261

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

DENILZA NASCIMENTO SANTOS

18 - CPF do Representante Legal:

050.383.714-85

19 - Profissão do Representante Legal:

NÃO POSSUI

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\$1.00 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0773

CONTA: 29376

3

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 creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/previdência 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 inabilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinado, 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (vai nascer)?

☐ 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 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 responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

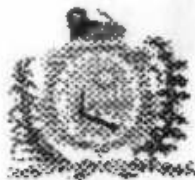
Denilza dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11/002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM -
DP104ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0194001445**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2019** às
10:23

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **21/4/2019** no período da Tarde

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS (NOTICIANTE)
JOAO CAINAN SANTOS SOARES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ADILZ
SUZANA DA SILVA Pai: BERNARDINO ANTONIO DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 8/7/1984**
Naturalidade: **BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1, BELA VISTA - CEP: 66000-000 - Bairro:
CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOAO CAINAN SANTOS SOARES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DENILZA
DO NASCIMENTO SANTOS Pai: JULIO TEMOTEO SOARES Data de Nascimento: 14/9/2006**
Naturalidade: **BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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



5/6/2019 10:17



MOTO (VEÍCULO), que estava em posse do(s) Sr(s): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

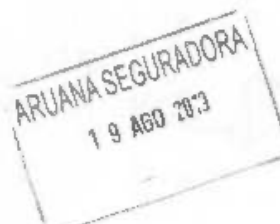
Complemento / Observação

AFIRMA QUE SEU FILHO ANDAVA NA RUA QUANDO UMA MOTO O ATROPELOU. QUE VIZINHOS O SOCORRERAM AO HOSPITAL LOCAL ONDE RECEBEU ATENDIMENTO SENDO DEPOIS TRANSFERIDO AO H. OTAVIO DE FREITAS RECIFE. QUE FRATUROU A PERNA ESQUERDA

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

Denilza do Nascimento Santos
DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS
(NOTICIANTE)

[Assinatura]
B.O. registrado por: JOÃO PAULO PEREIRA DE SOUZA - Matrícula: 297088-4



5/6/2019 10:17





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

JOÃO CAINAN SANTOS SOARES

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

5 - Nome completo:

JOÃO CAINAN SANTOS SOARES

6 - CPF:

7 - Profissão:

NÃO POSSUI

8 - Endereço:

RUA ISABEL CORDEIRO FERREIRA

9 - Número:

16

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BELA VISTA

12 - Cidade:

BELO JARDIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55151-110

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 9569-0261

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

DENILZA NASCIMENTO SANTOS

18 - CPF do Representante Legal:

050.383.714-85

19 - Profissão do Representante Legal:

NÃO POSSUI

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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA DO POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0773

CONTA: 29376

3

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 creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/previdência 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 inabilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinado, 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (vai nascer)?

☐ 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 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 responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Denilza dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11/002/2019



Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº:

Data: 21/04/19

Hora: 15:29h

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 1598002991595622 DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: 11111111111
Nome: João Caetano Santos Soares Idade: 13
Data de Nascimento: 14/09/05 Sexo: M Cor: marrom Estado Civil: ---
Naturalidade: Belo Jardim Profissão: ---
Endereço: R. Imãbel Cordeiro Fereira - 16 - Belo Jardim
Procedência: Belo Jardim Telefone: ---

RESPONSÁVEL

Responsável: Denilza do Nascimento Parentesco: Mãe
Endereço: --- Fone: ---
Trazido por: M. do Socorro Silva (vizinha)
Endereço: --- Fone: ---

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: --- Data: --- Hora: ---
NATUREZA DO ACIDENTE
☐ Casual ☐ Acid. do Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Acid. do Trabalho ☐ Agressão

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico
História da Doença Atual: Último de acidente de trânsito

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: --- Pulso: --- Temperatura: --- Peso: ---

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: BERTOLDO VIRGÍNIO DIAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2548

Maria Luciana da Silva
ESCRITURA AUTORIZADA

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. O VERSO DESTA PAGINA NÃO ESTÁ AUTENTICADO. Seu E: Belo Jardim/PE, 28/05/2019. Emel: R\$ 3,07; TSNR: 0,60; FERM: R\$ 0,03; FUNSEC: R\$ 0,07; PERC: 0,34; Total: 4,19

Selo: 0131425.NPK05201902.01318 28/05/2019 09:44:53
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

ARUANA SEGUNDO
19 ACO 2019

Diagnóstico Provisório: ---





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:	06/09/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00773

CONTA: 000000029376-3

Nr. da Autenticação 57F7AB4C4CF3BFE2



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

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



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

DADOS DO CLIENTE CARLA MARIA FIRMINO MELO CPF: 078.723.044-29	DATA DE VENCIMENTO 18/07/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 11/07/2019	CONTA CONTRATO 007009352010
	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 11/07/2019	Nº DO CLIENTE 2010366692
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA NUMERIANO A BEZERRA 37 - GARAGEM BOA VISTA/BELO JARDIM 55150-020 BELO JARDIM PE	CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - COMERCIAL Monofásico		
RESERVAÇÃO AO FISCO 8096.488C.59C5.9725.457A.1C7C.5E39.49B7			

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,78063095	23,41
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,18
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,53
ICMS Subvenção-CDE-NF 061629449-13/05/19			0,18
Doação APAE - 0800 722 2733			7,00
Doação LBV - 0800 055 5098			25,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000031026038	CAT	11/05/2019	8.036,00	11/07/2019	8.036,00	30	1,00000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA 13/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.
DAC-Ato de horas sem Energia	BELO JARDIM	0,00	0,57	1,74
FIC-Ato de horas sem Energia		0,00	3,20	6,50
DMIC-Omissão máxima de interrupção contratada		0,00	3,20	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limita DICRI: 12,32
EUSD-Valor do Encargo de Uso				R\$ 3,95

Toda Consumidor pode solicitar a alteração dos indicadores DMIC, FIC, DMIC e DICRI e sua qualificação.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! Os comarcas Bento Fernandes, para dom luiz sao pedro / farmacia coxas: rua pedro firmo sao pedro lista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br . Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res.414/ANEEL), juros 1%(a.mil) e 10.438/02 e atualização monetária no próx. mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.	NÍVEL DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table>	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)								
	MÍNIMO	MÁXIMO							
220	202	231							

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AGOR	TALÃO DE PAGAMENTO		
CONTA CONTRATO 007009352010	MÊS/ANO 07/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 18/07/2019

Evite dobrar, perfurar ou rasurar este canhoto será usado em leitura ótica.

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente, Banco 104-0 Agência 0773

O Débito Automático em Conta Corrente é confortável, muito seguro e você pode suspender o débito até três dias úteis antes do vencimento. Para maiores informações ligue 116

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0112
Ouvidoria 0800 282 0119
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS
CPF: 050.363.714-85 NIS: 21207115071

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA IZABEL CORDEIRO FERREIRA 16.

IBEL VISTA/BELO JARDIM
55151-110 BELO JARDIM PE

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

DATA DE VENCIMENTO

15/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

30,26

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/07/2019

NUMERO DA NOTA FISCAL

068706738

CONTA CONTRATO

007023836453

Nº DO CLIENTE

2015138333

Nº DA INSTALAÇÃO

000293147

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

A551.D020.5482.1086.F601.1B48.1F94.068A

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19218255	5,76
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	68,00	0,32945580	22,40
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,13
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,03
Compensação DMIC 05/19			0,05
Bônus ITAIPIU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,81
TOTAL DA FATURA			30,26

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	26,29	0,62	0,23	26,29	3,81	1,07

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	DI (dias)	Valor
15/07/19	05/07/19	27,81

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, mediante também averbação conforme os critérios definidos no Art. 59 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,192182550	JUL 19	116,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,329455800	JUN 19	100,00
		MAR 19	100,00
		ABR 19	100,00
		MAR 19	116,11
		FEV 19	100,00
		JAN 19	100,00
		DEZ 18	116,11
		NOV 18	100,00
		OUT 18	100,00
		SET 18	100,00
		AGO 18	100,00
		JUL 18	100,00
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$ %		
Geração de Energia	13,92 46,37		
Transmissão	1,45 6,13		
Distribuição (Celpe)	8,79 31,07		
Encargos Setoriais	0,66 2,18		
Tributos	1,30 4,50		
Perdas de Energia	2,77 9,15		
TOTAL	28,89 100		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000314797424	CAT	06/06/2019 4.022,00	08/07/2019 4.120,00	32	1,00000	0,00	98,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
maio/2019					
DIC-Nº de horas sem Energia	BELO JARDIM	4,84	5,67	11,34	22,68
FIC-Nº de vezes sem Energia		2,00	3,90	6,80	13,60
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		3,44	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor de Energia de Uso = R\$ 13,98					
Todo Consumidor pode solicitar a separação das indicações DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: supermercado Supermercado Ltda: r graxiano ramos 111 cobab i / cordeiro
supermercado: r graxiano ramos 111
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, e, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 28,43.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorreu a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO
007023836453	07/2019	30,26	15/07/2019

Evite dobrar, perfurar ou rasgar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

83880000003 302600110074 023836453106 140431646231



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0112
Ouvidoria 0800 282 0119
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS
CPF: 050.363.714-85 NIS: 21207115071

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA IZABEL CORDEIRO FERREIRA 16.

IBEL VISTA/BELO JARDIM
55151-110 BELO JARDIM PE

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

DATA DE VENCIMENTO

15/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

30,26

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

068706738

CONTA CONTRATO

007023836453

Nº DO CLIENTE

2015138333

Nº DA INSTALAÇÃO

000293147

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

A551.D020.5482.1086.F601.1B48.1F94.068A

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19218255	5,76
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	68,00	0,32945580	22,40
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,13
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,03
Compensação DMIC 05/19			0,05
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,81
TOTAL DA FATURA			30,26

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	26,29	0,62	0,23
			26,29	3,81	1,07

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Debitado	Valor
15/07/19	05/07/19	27,81

Este consumidor NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, conforme também poderá ocorrer a cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,19218255	JUL 19	114,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,32945580	JUN 19	87
		MAR 19	108
		ABR 19	95
		MAR 19	116
		FEV 19	89
		JAN 19	80
		DEZ 18	114
		NOV 18	102
		OUT 18	102
		SET 18	96
		AGO 18	97
		JUL 18	100

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	13,92	46,37
Transmissão	1,45	6,13
Distribuição (Celpe)	8,79	31,07
Encargos Setoriais	0,66	3,84
Tributos	1,30	4,50
Perdas de Energia	2,77	3,75
TOTAL	28,89	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000314797424	CAT	06/06/2019	4.022,00	08/07/2019	4.120,00	32	1,00000	0,00	98,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
maio/2019					
DIC-Nº de horas sem Energia	BELO JARDIM	4,84	5,67	11,34	27,81
FIC-Nº de vezes sem Energia		2,00	3,90	6,80	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		3,44	3,29	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor de Energia de Uso = R\$ 13,98					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: supermercado Supermercado Ltda: r graxiano ramos 111 cobab i / cordeiro
supermercado: r graxiano ramos 111
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lai 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, e, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 28,43.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorreu a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MINIMO	MAXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007023836453	07/2019	30,26	15/07/2019

Evite dobrar, perfurar ou rasgar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

83880000003 302600110074 023836453106 140431646231



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA