



Número: **0084869-92.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (RÉU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58839941	05/03/2020 15:57	2698345_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE – SEÇÃO A

Processo: 00848699220198172001

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 **JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE**, 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 **06/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 05/11/2019.

Cumprir 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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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

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.

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

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

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



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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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.

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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 **06/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637081 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO SILVA Data do acidente: 06/06/2019 Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.
ALBUQUERQUE

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: VITIMA COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO TORNOZELO DIREITO, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A 20 GRAUS, DORSAL A 10 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (++++++), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA (FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS).
NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA.
NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO REFERENTE A ALTA MÉDICA.

Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190637081
Nome do(a) Examinado(a): Jose Roberto Silva Albuquerque
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Massaranduba, S/N Alto do Madu
Macaxeira Recife PE CEP: 52071-085
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 5336684
Data local do acidente: [06/06/2019]
Data local do exame: [19/11/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PLACA E PARAFUSOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DO TORNOZELO
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

VITIMA COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO TORNOZELO DIREITO, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A 20 GRAUS, DORSAL A 10 GRAUS, DÉFICIT DE FORÇA GRAVE, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++++), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO GRAVE DE TORNOZELO DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ () "Sem sequelas permanentes"

(Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo



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:	29/11/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00049
CONTA: 000000170400-0

Nr. da Autenticação 19B6921325318F24

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.

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

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



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\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO 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

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.

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.



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 autoral com fundamento no artigo 487 inciso I do cpc.

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,

RECIFE, 19 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 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 bço					



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 **JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00848699220198172001.

Rio de Janeiro, 19 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





Número: **0084869-92.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (RÉU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58839942	05/03/2020 15:57	anexo 1	Outros (Documento)

Secretaria

De: UPA IMBIRIBEIRA <contato.upaimb@ipassaude.org>
Enviado em: quinta-feira, 22 de agosto de 2019 12:02
Para: secretaria.upaimb@ipassaude.org; coordtecnica.upaimb@ipassaude.org
Assunto: SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO

Sinalizador de acompanhamento:

Status do sinalizador: Acompanhar
Sinalizada

De: Jose Roberto Silva Albuquerque dpvat
Motivo da Solicitação: Dpvat
Data do atendimento: 06/06/2019
RG: 5336684-ssp-pc
Telefone: 081-988963391
Data de nascimento: 24/11/1979
Nome da Mãe: Creuza da Silva Albuquerque
Protocolo: teste

--
Este email foi enviado via formulário de SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO em UPA IMBIRIBEIRA



Paciente: 0000560730 JOSÉ ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE
Nascimento: 24/11/1979 39 Anos 9 Meses 27 Dias Sexo:
Atendimento: 01239982 Data Atendimento: 06/06/2019 18:22

Queixa Principal / História

PACIENTE TRAZIDO PELO COBOM VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, REFERINDO DOR NO TORNOZELO DIREITO

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratação
Nutrido	Corado	Aclanótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SGU.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☒ EDEMA ☒ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ₂
			17					

[Assinatura]
Dr. Marcello Jcs
Cirurgião Geralista

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328

UPA IMBIRIBEIRA marcellojcs

Usuário....: ANTONIOMSCF

Convênio...: SUS - AMBULATORIO

Paciente...: 560730 - JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

Peso..... Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 08/06/2019 19:22 0 Dias(s) Int

Médico..... SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.....: S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA C/clo.../

Diagnóstico:

Protocolo...

Classificação de Risco:URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO..... ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM - null - 9225
FUNÇÃO: MEDICO(A)

FUNÇÃO: MEDICO(A)

Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

EXAMES IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	RX TÓRNOZELO ESQUERDO A.P. / PERFIL ; Exame: 317459	1					06/08/18:38

~~CONFIDENTIAL~~

[illegible]

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1742187 Data: 06/06/2019 18:51

Usuário.: ANTONIOMSCF

Atendimento: 1239982 Dt Nasc: 24/11/1979 (39a 9m 27d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 860730 - JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 06/06/2019 18:22 O Dias(s) int

Médico.: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM - null - 9225

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data/Horários
3 TALA GESSADA TIPO COXOPODALICO G	1					06/06 18:51
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	10	UN				
-> ATADURA GESSADA 15CM X 4,5M BRANCA	10	UN				
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	4	UN				

UPA IMBIRIBEIRA
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
MÓDULO DE PRESCRIÇÃO

Dr. Marcelo JCS
20/09/2019 10:31

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA IMBIRIBEIRA marcellojcs



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 07/06/2019 07:24:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE ROBERTO SILVA
ALBUQUERQUE

RG: 5396864

PESO:

IDADE: 39 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 24/11/1979

PRESTADOR ASSISTENTE: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

DATA DE ATENDIMENTO: 06/06/2019 18:22:04

ATENDIMENTO: 1239982

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S823 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: T008 - TRAUM SUPERF ENVOLV REG MULT MEMBR SUP INFER

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S823 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

CONDIÇÃO DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

UPA IMBIRIBEIRA
SISTEMA DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
MÉDICO RESPONSÁVEL
Dr. Marcelo Silveira
Especialista em Medicina do Trabalho

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

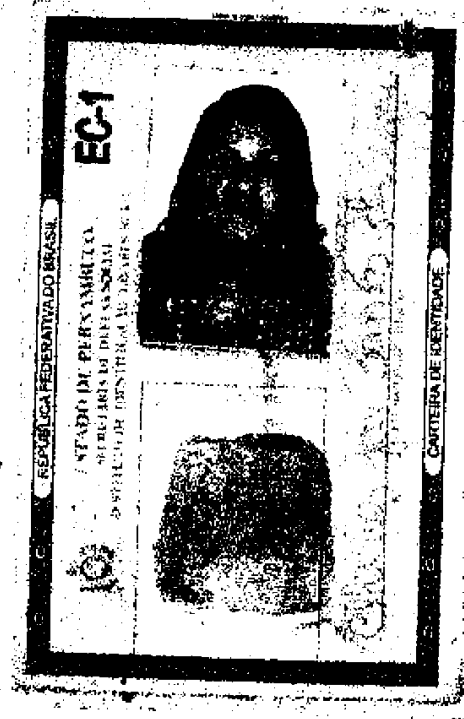
MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



969514325





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 4.364.868 DATA DE EMISSÃO 29/01/2013

NOME << MARIA JOSÉ SANTOS DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JOSÉ MANOEL DA SILVA >>
<< IRACEMA BELARMINO DOS SANTOS >>

DATA DE NASCIMENTO 26/08/1972

RECIFE - PE

DADO ORDEM << CN. 12775 L. 15A F. 295V CART. 78 >>
DISTRITO RECIFE PE 22.07.2008 >>

CNPJ 830.621.904-00

LEI Nº 7.118 DE 20/06/07

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

15/03/2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 9

Graciosa - RJ CEP: 20.111-040

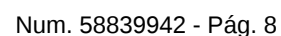
DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 9

Graciosa - RJ CEP: 20.111-040



[illegible]

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190637081
Nome do(a) Examinado(a): Jose Roberto Silva Albuquerque
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Massaranduba, S/N Alto do Madu
Macaxeira Recife PE CEP: 52071-085
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 5336684
Data local do acidente: [06/06/2019]
Data local do exame: [19/11/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: PLACA E PARAFUSOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DO TORNOZELO
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO TORNOZELO DIREITO, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A 20 GRAUS, DORSAL A 10 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++++), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.
- IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO GRAVE DE TORNOZELO DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Seqüela):
TORNOZELO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):

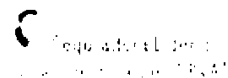
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390171/19
Vítima: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE
CPF: 032.093.884-07
CPF de: Próprio
Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.
Data do acidente: 06/06/2019
Titular do CPF: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA : 830.621.904-00

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

JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE : 032.093.884-07

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: 06/11/2019
Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
CPF: 830.621.904-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder do
Contrato de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399095/19

Vítima: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

CPF: 032.093.884-07

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 06/06/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO SILVA
ALBUQUERQUE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

O.B.S.: Processo cancelado por
falta de pagamento, porém,
o veículo está em nome
de terceiros.

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA : 830.621.904-00

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

JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE : 032.093.884-07

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 de 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 (Região Metropolitana) ou 0800-022-1204 (Demais Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800-022-6189.

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: 13/11/2019
Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
CPF: 830.621.904-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637081

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO SILVA
ALBUQUERQUE

Data do acidente: 06/06/2019

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: VITIMA COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO TORNOZELO DIREITO, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A 20 GRAUS, DORSAL A 10 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++ + + + +), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA (FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS).
NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA.
NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO REFERENTE A ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637081

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO SILVA
ALBUQUERQUE

Data do acidente: 06/06/2019

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: VITIMA COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO TORNOZELO DIREITO, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A 20 GRAUS, DORSAL A 10 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA (FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS).
NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA.
NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO REFERENTE A ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637081

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO SILVA
ALBUQUERQUE

Data do acidente: 06/06/2019

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637081

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO SILVA
ALBUQUERQUE

Data do acidente: 06/06/2019

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

Brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO

Profissão: Motorista RG: 5336684 CPF/MF

Nº 032.093.884-07 Com endereço residencial a

R. MASSABANDUBU N.º 185 - CASA

BAIRRO - ALTO DO MADU - RECIFE - PE

CEP: 52071-125

Outorgado:

Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

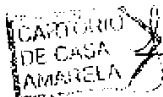
RG: 4364868-SDS-PE CPF: 830.621.904-00

R. SÃO GERALDO N.º 276 - CEP: 54753-770

CAMPAGIPE - PE - SÃO PEDRO

Amplios poderes para praticar os atos administrativos de seguro obrigatório - DPVAT.

RECIFE 06 11 de 2019



Jose Roberto Silva Albuquerque

OUTORGANTE



Cartório do Registro Civil da 13ª Zona Judiciária da Capital

Reconheço por autenticidade a firma inscrita de

JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

que confere o padrão reg. neste serventia. Recife, 06 de novembro de 2019 10:22:33

Em testemunho

Rodrigo Gonçalves dos Santos (Substituto)

Selo: 0073890 EVW10201802 03601

Assinatura eletrônica de Rodrigo Gonçalves dos Santos

Assinatura eletrônica de Rodrigo Gonçalves dos Santos



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

Brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO

Profissão: Motorista RG: 5336684 CPF/MF

Nº 032.093.884-07 Com endereço residencial a

R. MASSABANDUBU N.º 185 - CASA

BAIRRO - ALTO DO MADU - RECIFE - PE

CEP: 52071-125

Outorgado:

Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

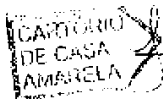
RG: 4364868-SDS-PE CPF: 830.621.904-00

R. SÃO GERALDO N.º 276 - CEP: 54753-770

CAMPAGIPE - PE - SÃO PEDRO

Amplios poderes para praticar os atos administrativos de seguro obrigatório - DPVAT.

RECIFE 06 11 de 2019



Jose Roberto Silva Albuquerque

OUTORGANTE

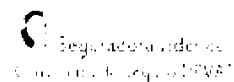
Cartório do Registro Civil da 13ª Zona Judiciária da Capital
Rua da Constituição, 100 - Casa Amarela - Recife, PE
Reconheço por autenticidade a firma inscrita de
JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE
que confere o padrão reg. neste serventia. Recife, 06 de novembro de 2019 10:22:33

Em testemunho
Rodrigo Gonçalves dos Santos (Substituto)
São: 0073890 EVW10201802 03601

RECIFE, 06 DE NOVEMBRO DE 2019. 10:22:33

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 15:57:32

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390171/19

Vítima: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

CPF: 032.093.884-07

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 06/06/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA : 830.621.904-00

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

JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE : 032.093.884-07

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: 06/11/2019
Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
CPF: 830.621.904-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

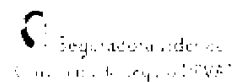
Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399095/19

Vítima: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

CPF: 032.093.884-07

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 06/06/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA : 830.621.904-00

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

JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE : 032.093.884-07

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: 13/11/2019
Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
CPF: 830.621.904-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA





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 Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637081

Vítima: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

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 15102450





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

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637081

Vítima: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01877/01878 - carta_02 - INVALIDEZ

00060939



Carta nº 15119180







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 ASI:

3 - CPF de vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

11 - Bairro:

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

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:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.000,00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



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. Assine uma opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as outras)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0049

CONTA:

00470400

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, a verba de indenização/prestação do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e concordando, desde então, em 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 no documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde então, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora, indenizada para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que a 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 (ou 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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascim(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

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 anulação do resgate e 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, Recife 06-11-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

2019





558430
03.90171/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 013ª CIRCUNSCRIÇÃO - MUSTARDINHA - DP13ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0103002490**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/11/2019** às **17:06**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **6/6/2019** às **17:32**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ITACARI, 1 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE UM FIAT FIORINO DE COR BRANCA (AUTOR/AGENTE)
JOSE MACIEL LAURO DA SILVA (OUTRO)
JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

Polícia Civil de Pernambuco
13ª Circunscrição Policial
MUSTARDINHA

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

JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CREUZA DA SILVA ALBUQUERQUE** Pai: **AIRTON JERONIMO DE ALBUQUERQUE** Data de Nascimento: **24/11/1979** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5336684/SSP/PE (RG) - 03209388407 (CPF) - 969514325 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Endereço Residencial: **RUA MASSARANDUBA, 185, ALTO DO MANDU - CEP: 55000-000 - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR DE UM FIAT FIORINO DE COR BRANCA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE MACIEL LAURO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MACIEL LAURO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV3232 (PERNAMBUCO/RECIFE)**

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Descrição: **MODELO CG CC150 - TITAN / FAN**

Complemento / Observação

Polícia Civil de Pernambuco
13ª Circunscrição Policial
MUSTARDINHA



COMPARECEU NESTA DPPOL, O SR. JOSÉ ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, TENDO COMO AUTOR, O CONDUTOR DE UM VEÍCULO FIAT FIORINO DE COR BRANCA QUE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR ASSISTÊNCIA A VÍTIMA. RELATA O MESMO QUE ESTAVA TRAFEGANDO PELA RUA ITACARI NO SENTIDO IPSEP QUANDO SE ENVOLVEU NUMA COLISÃO COM UM FIAT FIORINO. DEVIDO AO IMPACTO, SOFREU LESÕES SENDO PORTANTO ASSISTIDO POR UMA EQUIPE DE UNIDADE TÁTICA DO GRUPAMENTO DE BOMBEIROS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (CERTIDÃO 2019 APH 001151 - DIV-OP) QUE REALIZOU OS PRIMEIROS SOCORROS O REMOVENDO POSTERIORMENTE PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA E DEPOIS HOSPITAL GETULIO VARGAS. ATENDIMENTO Nº 01239982 - MÉDICO SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS CRM: 21119. CASO AFETO A DPPOL DO IPSEP.

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


JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE
(VITIMA)

B.O. registrado por: JORGE PEREIRA DAMASCENO - Matrícula nº 148721-3



Polícia Civil de
1ª Circunscrição Policial
MUCIAROPINA





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:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel.(DDD):

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:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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 as bancas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0049

CONTA: 00-00400

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/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 5.194/74), 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 do Segurado LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Outros

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 (val 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 responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não apresentada

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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 06-11-2019

Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (devidamente)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)



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:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel.(DDD):

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:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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 as bancas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0049

CONTA: 00-00400

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/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 5.194/74), 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 do Segurado LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Outro

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 (val nascit)?

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

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não apresentada

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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 06-11-2019

Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (devidamente)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001151 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). DJALMA FRANCISCO DAS CHAGAS, 43 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 361691105 SSP-SP, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 762.745.004-72, residente à RUA ESTER, nº 00098, MACAXEIRA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 06/06/2019, por volta das 17:32 hs, no endereço: RUA ITACARI, S/N, IPSEP RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA TITAN PRETA OYV3232-PE; AUTOMÓVEL FIORINO DE COR BRANCA E PLACA NÃO IDENTIFICADA, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE, inscrito sob o CPF nº 032.093.884-07 e Registro Geral nº 5336684, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710096-5 CARLOS. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO IMBIRIBEIRA, Registrado(a) com o prontuário nº 1239982. Ficou aos cuidados do médico XX, registro 9225. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 28/10/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001151

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001151 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). DJALMA FRANCISCO DAS CHAGAS, 43 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 361691105 SSP-SP, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 762.745.004-72, residente à RUA ESTER, nº 00098, MACAXEIRA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 06/06/2019, por volta das 17:32 hs, no endereço: RUA ITACARI, S/N, IPSEP RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA TITAN PRETA OYV3232-PE; AUTOMÓVEL FIORINO DE COR BRANCA E PLACA NÃO IDENTIFICADA, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE, inscrito sob o CPF nº 032.093.884-07 e Registro Geral nº 5336684, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710096-5 CARLOS. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO IMBIRIBEIRA, Registrado(a) com o prontuário nº 1239982. Ficou aos cuidados do médico XX, registro 9225. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 28/10/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001151

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



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: 29/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000170400-0

Nr. da Autenticação 19B6921325318F24





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 24/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP: 51030-912
CNPJ: 15.410.532/0001-88 | Insc. Est. 0331943-82 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO JENONIAS DE FLOQUETQUE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MANFRAQUÊ 165

CNPJ: 217.164.634-91
CLASSIFICAÇÃO

ALTO DO MANDUÍRECE
RECIFE PE
52071-125

RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA MENSUAL

DATA DE EMISSÃO: 22/08/2019
DATA DE VENCIMENTO: 13/09/2019
VALOR TOTAL: 63,29

0018172011

08/2019

22/08/2019

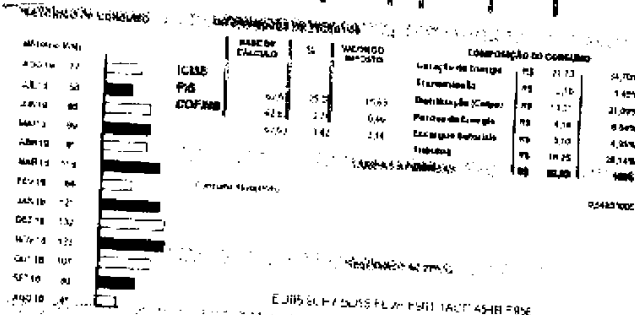
13/09/2019

63,29

DIVISÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo (kWh)	77,693,000	63,29
Acrescimo Bandeira AMARELA		0,00
Acrescimo Tarifas e Taxas		0,00
Imposto de Renda		0,00

PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	DE	PARA	CONSUMO (KWH)
01/08/2019	CAI	17.111,23	17.188,23	17.188,23	17.188,23	77,00



Equipamento utilizado: Forno elétrico
Consumo médio: 77,00 kWh

As informações aqui contidas são de caráter informativo e não devem ser utilizadas para fins de cobrança ou para a emissão de notas fiscais.

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	77,00	77,00	77,00	77,00	77,00	77,00	77,00
PREÇO	0,82	0,82	0,82	0,82	0,82	0,82	0,82
TAXAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONTA CONTRATO: 0018172011-08/2019 DATA DE VENCIMENTO: 22/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$): 63,29

8384000000-6 63290011000-3 01817201110-0 18353350193-7



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



Grupo Neoennergia

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.436, 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

ERICA ESTEVAO DE SANTANA
PX AO EDUCANDARIO SILVA NUNES
CPF: 073.964.964-70

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO GERALDO 276

LOTTO SAO PEDRO/CAMARAGIBE
54753-770 CAMARAGIBE 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

03/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

15,44

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

26/03/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

28/03/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

010642113

CONTA CONTRATO

004008543394

Nº DO CLIENTE

2003035570

Nº DA INSTALAÇÃO

0000667442

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

BA22.EDB4.0251.DCA3.E4E8.F4B8.2A8E.4FA6

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,09	0,50420908	15,12
Multa por atraso-NF 006932885 - 23/02/18			0,29
Juros por atraso-NF 006932885 - 23/02/18			0,03
TOTAL DA FATURA			
			15,44

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 AGO 2018

Rua da Aurora, nº 175, 51-902-BU

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		15,12	0,62	15,12	3,91
					0,59

Tributos Aplicáveis

Consumo Ativo(kWh) 2.483.500

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh)	MAR 18	FEV 18	JAN 18	DEZ 17	NOV 17	OUT 17	SET 17	AGO 17	JUL 17	JUN 17	MAI 17	ABR 17	MAR 17
	30	30	30	30	33	30	30	30	30	13	30	30	30

Aturado pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 98, Resolução ANEEL
414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA MEDIÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003120543340	CAT	23/02/2018 2.480,00	26/03/2018 2.460,00	21	1.0000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA FATURA: 25/04/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
-----------	----------	---------------	-------------	------------	------------

DIS-Idade de horas sem Energia	CAMARAGIBE	1,34	5,14	+0,38	20,17
DIS-Idade de horas sem Energia		2,01	3,30	0,64	13,25
DIS-Duração máxima de interrupção contínua		1,28	2,94	0,30	0,00

DIS-Duração de interrupção em dia crítico Limite INEEL: 12,21

DIS-Valor do Encargo de Uso - R\$ 7,43

Todo Consumidor pode solicitar a suspensão das interrupções DIS, DIS e DIS a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da fatura a bandeira em vigor é a Verde. 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% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Isenção do ICMS conforme Art. 9, XLVIII, a, 2.1. do RICMS-PE.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

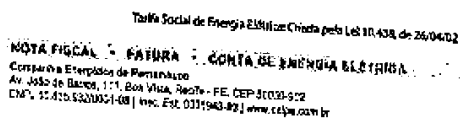
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004008543394	03/2018	15,44	03/04/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838200000002 154400110046 008543394102 117457250039



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Atendimento celpe.com.br/NDP_DCSRUDES. De acordo com o site www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

ANTON JENČIČ AND DE-FU JIANG

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ELIMINATING THE 105

CP- 217-64634-91

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCE

14-00000

4734/886
APR 1988

.. 0080019 .. 20077500 .. 0672 550

ALDO DOMANIGRE CHE
RECIBE DE
\$2071.125

DATA: 10/10/2000

0018172011

08/2018

22/08/2018

13/09/2019

89 29

DECLASSIFIED BY 6032 PLO/AL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (WAP) Atividade em Banda e Alameda Atividade em Banda e Alameda ICMS Substituição CTE-AN 2687/03 e 131.019	77.050,0000	R\$ 13.546,172	68 2, 0

Consumo Atividade |
Atividade: Escalada AMARELA
Atividade: Hífen e VITEPE, 34
Consumo Subversão CDE-MF 00007103 / 131.8119

TOTAL DA FATURA DEMONSTRATIVO DE CANCELAMENTO DEBITA NA FOLHA Nº 20

ADMINISTRATIVO DE CREDITO DEBTA NELLA PUNTA										53,71
N° DO RENTOR	TIPO DO PUNTO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	N° DO DIAS	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (RENT)	
000000	CAI	15-11-2019	42-00-00	15-10-2019	42-00-00	31	1,0000		12,30	

4.2.2.2. *Wavelength calibration*

[illegible]

ENCLOSURE 100-454895-100

1. Segundo o ponto de vista da economia a taxa de câmbio expressa o nível de preços interno em relação ao externo. Segundo o ponto de vista da administração pública, a taxa de câmbio expressa o nível de preços interno em relação ao externo. Segundo o ponto de vista da administração pública, a taxa de câmbio expressa o nível de preços interno em relação ao externo.

[illegible]

CATEG.	CONCENTRAC.	VALOR ADICIONADO	LIMITE MATERIAL	LIMITE TECNOMATERIAL	LIMITE ADICION.	VALOR TOTAL (%)		
						TEMPO MATERIAL (%)	LIMITE DE VALUACAO (%) MATERIAL	VALUACAO
045								
050		100,00	4,20	4,21	4,67			
055		100,00	3,10	0,25	10,70	220	212	231
		0,40	2,70	0,00	0,70			

CONTA CONTRATO	MESANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR R\$
-----------------------	---------------	---------------------------	--------------------------

0010172611 08/25/19 22/08/2019

63.29

83840000000-6 63290011000-3 01817201110-0 18353350193-7



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



Grupo Neosenergia

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.436, 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

ERICA ESTEVAO DE SANTANA
PX AO EDUCANDARIO SILVA NUNES
CPF: 073.964.964-70

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO GERALDO 276

LOTTO SAO PEDRO/CAMARAGIBE
54753-770 CAMARAGIBE 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

03/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

15,44

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

26/03/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

28/03/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

010642113

CONTA CONTRATO

004008543394

Nº DO CLIENTE

2003035570

Nº DA INSTALAÇÃO

0000667442

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

BA22.EDB4.0251.DCA3.E4E8.F4B8.2A8E.4FA6

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,09	0,50420908	15,12
Multa por atraso-NF 006932885 - 23/02/18			0,29
Juros por atraso-NF 006932885 - 23/02/18			0,03
TOTAL DA FATURA			
			15,44

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 AGO 2018
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Tributos Aplicáveis

Consumo Ativo(kWh) 2.483.500

HISTÓRICO DO CONSUMO

MÊS	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MAR	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
FEV	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
JAN	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
DEZ	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
NOV	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
OCT	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
SET	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
AGO	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
JUL	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
JUN	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
MAI	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ABR	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
MAR	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Aturado pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 98, Resolução ANEEL
414/2010.

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	15,12	0,62	0,12	15,12	3,91	0,59

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA MEDIÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003120543340	CAT	23/02/2018 2.480,00	26/03/2018 2.460,00	21	1.0000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA FATURA: 25/04/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	METAS TRIMESTRAIS	METAS ANUAIS
-----------	----------	---------------	-------------	-------------------	--------------

DIU-Nº de horas sem Energia CAMARAGIBE 1,34 5,14 10,38 20,77
FIC-Nº de vezes sem Energia 2,01 3,30 6,60 13,25
CMIC-Duração máxima de interrupção contínua 1,28 2,94 5,90 11,80

DIOR-Duração de Interrupção em dia crítico Limite INEEL: 12,21

EUSD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 7,43

Todo Consumidor pode solicitar a suspensão das interrupções (DIU, FIC, CMIC e DIOR) a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. 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% (Rcs414/ANEEL), Juros (1%a.m) (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1. do RICMS-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

NÍVEIS 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	TALÃO DE PAGAMENTO
004008543394	03/2018	15,44	03/04/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838200000002 154400110046 008543394102 117457250039



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Atendimento celpe.com.br/NDP_DCSRUDES. De acordo com o site www.aneel.gov.br



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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/DIBIBIOTECAWEB/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 de indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAP¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E REGULAÇÃO 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 ILCÍITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98

Peço exposto, eu MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 830.621.904/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE inscrito (a) no CPF sob o nº 032.093.884/07,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

inscrito (a) no CPF sob o nº 032.093.884/07, 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: R. SÃO GERALDO

Número:

276

Complemento:

CASA

Bairro:

SÃO PEDRO

Cidade:

CAMPAGIPE

Estado:

PE

CEP:

54253-770

E-mail:

Tel. (DDD):

081-988963394

Local e Data:

Recife, 06, 11, 2019

Maria Jose Santos da Silva

Assinatura do Declarante

D:DRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 15:57:32
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030515573227200000057866395>
Número do documento: 20030515573227200000057866395

Num. 58839942 - Pág. 37



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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/DIBIBIOTECABEB/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 taxa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento de indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAP¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E REGULAÇÃO 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 ILCÍITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98

Peço exposto, eu MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 830.621.904/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE inscrito (a) no CPF sob o nº 032.093.884/07,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

inscrito (a) no CPF sob o nº 032.093.884/07, 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: <u>R. SÃO GERALDO</u>	Número: <u>276</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO PEDRO</u>	Cidade: <u>CAMARAGIBA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>54253-770</u>	Tel. (DDD): <u>081-988963394</u>

Local e Data: Recife, 06, 11, 2019

Maria Jose Santos da Silva
Assinatura do Declarante

D:DRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 15:57:32
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030515573227200000057866395>
Número do documento: 20030515573227200000057866395

Num. 58839942 - Pág. 38

Secretaria

De: UPA IMBIRIBEIRA <contato.upaimb@ipassaude.org>
Enviado em: quinta-feira, 22 de agosto de 2019 12:02
Para: secretaria.upaimb@ipassaude.org; coordtecnica.upaimb@ipassaude.org
Assunto: SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO

Sinalizador de acompanhamento:

Status do sinalizador: Acompanhar
Sinalizada

De: Jose Roberto Silva Albuquerque dpvat
Motivo da Solicitação: Dpvat
Data do atendimento: 06/06/2019
RG: 5336684-ssp-pc
Telefone: 081-988963391
Data de nascimento: 24/11/1979
Nome da Mãe: Creuza da Silva Albuquerque
Protocolo: teste

--
Este email foi enviado via formulário de SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO em UPA IMBIRIBEIRA



Paciente: 0000560730 JOSÉ ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE
Nascimento: 24/11/1979 39 Anos 9 Meses 27 Dias Sexo:
Atendimento: 01239982 Data Atendimento: 06/06/2019 18:22

Queixa Principal / História

PACIENTE TRAZIDO PELO COBOM VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, REFERINDO DOR NO TORNOZELO DIREITO

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratação
Nutrido	Corado	Aclanótico	Anictérico
Eupnóico	Afebril	Sem Edemas	

ACV.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SGU.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

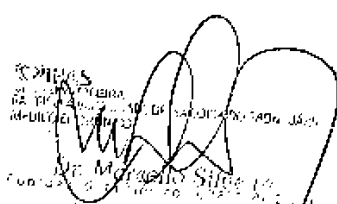
ORL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☒ EDEMA ☒ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ₂
			17					


ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Médico Assistente em Medicina Geral e Clínica
CNPJ nº 16.045.888/0001-90

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328

UPA IMBIRIBEIRA marcellojcs



Prescrição: 1742155 Data: 06/06/2019 18:38

Usuário: ANTONIOMSCF

Atendimento: 1238882 Dt Nasc: 24/11/1978 (39a 9m 27d)

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Paciente: 550730 - JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

Peso: Altura: Sup. Corporea:

Internação: 06/06/2019 18:22 0 Dias(s) Int

Médico: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA Cidlo: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO: ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM - null - 9225

FUNÇÃO: MÉDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX TORNOZELO ESQUERDO A.P. / PERFIL ; Exame: 317459	1					06/06/2019 18:38

2 RX TÓRAX DIREITA AP / PERFIL ; Exame: 317459						06/06/2019 18:38
---	--	--	--	--	--	------------------

COMPANHIA
DE MANUTENÇÃO
E REPARAÇÃO DE EQUIPAMENTOS
HOSPITALARES
CNPJ 06.908.088/0001-00
RUA DA SERRA, 100 - JARDIM
SOLARIS - JARDIM BOTANICAL
CAMPINAS - SP - 13066-900
FONE (19) 3101-1000
WWW.CMREHOSPITALAR.COM.BR

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1742187 Data: 06/06/2019 18:51

Usuário.: ANTONIOMSCF

Atendimento: 1239982 Dt Nasc: 24/11/1979 (39a 9m 27d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 860730 - JOSE ROBERTO SILVA ALBUQUERQUE

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 06/06/2019 18:22 O Dias(s) int

Médico.: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM - null - 9225

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data/Horários
3 TALA GESSADA TIPO COXOPODALICO G	1					[06/06] 18:51
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	10	UN				
-> ATADURA GESSADA 15CM X 4,5M BRANCA	10	UN				
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	4	UN				

UPA IMBIRIBEIRA
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
RELATÓRIO DE PRESCRIÇÃO / EVOLUÇÃO

Dr. Marcello JCS
20/09/2019 10:31

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA IMBIRIBEIRA marcellojcs



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 07/06/2019 07:24:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE ROBERTO SILVA
ALBUQUERQUE

RG: 5396864

PESO:

IDADE: 39 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 24/11/1979

PRESTADOR ASSISTENTE: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

DATA DE ATENDIMENTO: 06/06/2019 18:22:04

ATENDIMENTO: 1239982

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S823 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: T008 - TRAUM SUPERF ENVOLV REG MULT MEMBER SUP INFER

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S823 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

CONDIÇÃO DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

UPA IMBIRIBEIRA
SISTEMA DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
MÉDICO RESPONSÁVEL
Dr. Marcelo Silveira
Especialista em Medicina do Trabalho

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

