



Número: **0002455-04.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **31/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDILSON JOSE DO NASCIMENTO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59326803	16/03/2020 15:59	CONTESTAÇÃO	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA TALHADA/PE

Processo: 00024550420198173370

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 **EDILSON JOSE DO NASCIMENTO**, 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 **25/05/2019**, restando permanentemente inválida.

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

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

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

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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 irretroatável 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\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), 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 **25/05/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais).**

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO 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.”



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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.



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,

SERRA TALHADA, 28 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 a 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 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **EDILSON JOSE DO NASCIMENTO**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **SERRA TALHADA**, nos autos do Processo nº 00024550420198173370.

Rio de Janeiro, 28 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: **0002455-04.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **31/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

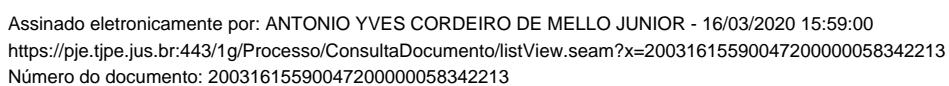
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDILSON JOSE DO NASCIMENTO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59326805	16/03/2020 15:59	ANEXO	Outros (Documento)

21 AGO 2019

21 AGO 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491183 **Cidade:** Betânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE METACARPO DA MÃO ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIFICULDADE PARA APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO DOS DEDOS.

Resultados terapêuticos: DEFICIT DE APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA .

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/09/2019

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491183 **Cidade:** Betânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE METACARPO DA MÃO ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIFICULDADE PARA APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO DOS DEDOS.

Resultados terapêuticos: DEFICIT DE APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA .

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/09/2019

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491183 **Cidade:** Betânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE METACARPO DA MÃO ESQUERDA

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: @PAG 6. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO, brasileiro(a),
estado civil SOLTEIRO, Profissão AGRICULTOR residente e domiciliada na rua BARÃO
DE LUCENA, N° 116, Bairro DISTRITO VARGINHA, município de
SERRA TALHADA, Estado de (o) PE, cep: 56.923-000,
portador(a) do RG n° 37831244, SSP-SP e CPF n° 260.043.368-66

Outorgado: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, residente e
domiciliada na Rua Agostinho Nunes de Magalhães N° 58, Nossa Senhora da Penha, Serra
talhada -PE, cep:56903-510, portador(a) do RG n° 8.232.379 SDS-PE e CPF n° 089.205.184-16.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do consorcio seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de transito o(a) Sr.(a) EDILSON JOSE DO NASCIMENTO
ocorrido em 25/05/2019, conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse,
podendo requerer o **credito de indenização de sinistro DPVAT, para o pagamento de**
quitação da indenização de sinistro DPVAT, nomeio e constituo o acima qualificado a quem
confio poderes para representar-me perante as **SEGURADORAS** que constitui o **COSÓRCIO DO**
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Serra talhada- PE , 11 de JULHO 2019

Edilson Jose do Nascimento

OUTORGANTE

CPF n° 260.043.368-66

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO AMARAL DA SILVA
Telefone: (07) 30211-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de EDILSON JOSE DO NASCIMENTO. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Amaro da Silva Titular. () Maria Lúcia de Sousa Substituta. Emol-R\$ 0,39. TSM-R\$ 0,80. FERC-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08.

Selo: 0074872.YDK06201902.02620 11/07/2019 11:29:01
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de Sousa
Substituta
CPF 187.089.884-70

21 AGO 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287535/19

Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

CPF: 260.043.368-66

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/05/2019

Titular do CPF: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO : 089.205.184-16

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

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO : 260.043.368-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES





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, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491183

Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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. 01933/01934 - carta_02 - INVALIDEZ

00010967



Carta nº 14754841





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

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491183

Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000238

Conta: 00000422654-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491183

Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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 14911549

Pag. 00569/00570 - carta_01 - INVALIDEZ





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:

260.043.368-66

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

6 - CPF:

260.043.368-66

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA BARRO DE LUCENA

9 - Número:

118

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

DISTRITO VARZINHA

12 - Cidade:

SERRA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56923-000

15 - E-mail:

JOAQUIM NETO 769 @ EMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(81) 998467128

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

☐

R\$1.00 a R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0238

CONTA:

42.2654

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒

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

☐

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

☐

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorçado

☐

Separado judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido(a):

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SERRA TALHADA - PE, 21/07/2019

21 AGO 2019

Edilson Jose do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

S.001 V002/2019



**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: 3190491183
Nome do(a) Examinado(a): Edilson Jose do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Barao de Lucena, 118
Distrito Varzinha Serra Talhada PE CEP: 56903-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 37831244
Data local do acidente: [25/05/2019]
Data local do exame: [06/09/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE METACARPO DA MÃO ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 23/07/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIFICULDADE PARA APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO DOS DEDOS.
- 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 FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: (X) 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 | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Otonário A. Silva
CRM: 15.132
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267002580**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/07/2019** às **17:19**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **25/5/2019** às **04:00**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO MALHADA DO BOQUERÃO - BETANIA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BETANIA, 1 - Bairro: VILA SÃO CAETANO - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA / SENTIDO SERRA TALHADA/BETANIA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
EDILSON JOSE DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDILSON JOSE DO NASCIMENTO**

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

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO CARMO DO NASCIMENTO Pai: JOSE LUIZ DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 15/10/1975 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **RUA BARÃO DE LUCENA - DISTRITO DE VARZINHA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Próximo a: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 118 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDILSON JOSE DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDILSON JOSE DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KHG8046** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **973436395** Chassi: **9C2KD03308R051524**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **HONDA/NXR150 BROS ES**

21 AGO 2019

07/07/2019 17:09



Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL A VITIMA NESTE BOLETIM NOTICIANDO QUE CONDUZIA SEU VEICULO MOTOCICLETA NA BR 232, ENTRANDO NA PE-340, SENTIDO SERRA TALHADA/BETANIA; QUE NO LOCAL CONHECIDO POR SITIO MALHADA DO BOQUERÃO, UM ANIMAL RURAL (VACA) ATRAVESSOU A PE-360; QUE A VITIMA DESVIU DO ANIMAL, VINDO A CAIR NAS MARGENS DA RODOVIA; QUE A VITIMA SOFREU LESÃO NO PULSO DA MÃO ESQUERDA; QUE A VITIMA CONSEGUIU SE DESLOCAR ATE RESIDENCIA DE UM POPULAR QUE O SOCORREU PARA O HOSPITAL DE BETANIA, VINDO POSTERIORMENTE A DAR ENTRADA NO HOSPAM, CONFORME BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE EMERGENCIA Nº 87; QUE A VITIMA NÃO SABE A QUEM PERTENCE O ANIMAL QUE ESTAVA SOLTO NA RODOVIA. ESTE REGISTRO DESTINA-SE AOS DEVIDOS FINS, NADA MAIS A RELATAR, ENCERRO.

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

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **WERLOW FONSECA DA SILVA** -- Matrícula: **221.769-4**



21 AGO 2019

07/07/2019 17:09





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:

260.043.368-66

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

6 - CPF:

260.043.368-66

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA BARRO DE LUCENA

9 - Número:

118

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

DISTRITO VARZINHA

12 - Cidade:

SERRA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56923-000

15 - E-mail:

JOAQUIM NETO 769 @ EMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(87) 998467128

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:



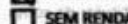
RECUSO INFORMAR



R\$1.00 a R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0238

CONTA:

42.2654

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

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

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

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



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



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



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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorçado



Separado judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido(a):



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:



Sim



Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SERRA TALHADA - PE, 21/07/2019

21 AGO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

S.001 V002/2019



COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO

CAUSA -> VERSE ->



FICHA DE ATENDIMENTO NA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

NOME: <u>Edilson José do Nascimento</u>	Nº REGISTRO:
DATA: <u>25.05.19</u>	HORA: <u>05:08</u>
CNS: <u>898 0014.470.8837</u>	DN: <u>15.10.15</u> ID: <u>45</u>
NOME DA MÃE: <u>Maria do Carmo do N</u>	SEXO: <u>M</u>
PROFISSÃO: <u>Agricultor</u>	TELEFONE:
END: <u>Malhada do Boqueirão</u>	CIDADE: <u>Betânia - PE</u>

SINAIS VITAIS E MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS							
PA: <u>110x90</u>	HGT:	T:	S02:	FC:	DOR:	IG:	PESO:

ESCALA DE DOR

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponderia à ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor			Média dor			Grave dor				

Dor leve = 1 a 3 / 10
Dor moderada = 4 a 7 / 10
Dor intensa = 8 a 10 / 10

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHA <input type="radio"/>	AMARELO <input type="radio"/>	VERDE <input type="radio"/>	AZUL <input type="radio"/>
--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	----------------------------

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRIA BREVE:

DROGAS:

ALERGIAS:

DOENÇAS PREEEXISTENTES: HAS () D. MELLITUS () NENHUMA () OUTRAS:

CONDUTA INICIAL:

REAValiação:

1ª HORA:

2ª HORA:

Enfermeiro Responsável

21 AGO 2019

Rua Rufina Passos Jardins, SN Centro, Betânia-PE
CNPJ: 19.259.219/0001-38 - CEP: 56.670-000 - Fone: (87) 99806 - 4749

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Quebra de alato
Trauma médio exposto.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

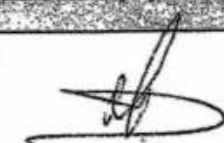
1°
2°

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Dipirona sup > 1x1 05.35
2. Paracetamol sup
3. Talatol 20mg > IV Repetido 09.35
4. Soro 200ml
5. Repouso
6. Obs -

DESTINO DO PACIENTE

OBSERVAÇÃO () INTERNADO () TRANSFERIDO () EVADIU-SE () ÓBITO ()



Médico

Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM 20031615590047200000058342213

21 AGO 2019



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: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00238

CONTA: 000000422654-9

Nr. da Autenticação 4202BCFDA9E586E0



celpe
neogenergia

Varia Social de Energia (Módulo) Código pelo Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 171, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CPF 10.937.920/0001-08 | Ins. Est. 000943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
AURELUCIA FERREIRA PIMENTA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
VARZINHA VARZINHA
SERRA TALHADA PE
50923-000

CPF: 825.641.083-34

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO
7024802323

MÊS
12/2018

DATA DE VENCIMENTO
19/12/2018

DATA PREVISÃO PROXIMA LETURA
09/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
90,36

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	107,000000	0,73075264	79,04
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,60
Contrib. Rum. Pública Municipal			4,51
ICMS Subvenção-CDE-HF 034559954-09/10/18			0,60
Multa por atraso-HF 034559954-09/10/18			1,77
Multa por atraso-HF 034559954-09/10/18			1,81
Juros por atraso-HF 034559954-09/10/18			0,56
Juros por atraso-HF 034559954-09/10/18			0,50
Atualização GPM-HF 034559954-09/10/18			0,57
TOTAL DA FATURA			90,36

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO
12/12/2018	Residencial	08-11-2018	12-12-2018	107,00

COMPARATIVO DE CONSUMO

PERÍODO	TIPO DA	CONSUMO (kWh)
08/12/18	Residencial	107,00
09/12/18	Residencial	107,00
10/12/18	Residencial	107,00
11/12/18	Residencial	107,00
12/12/18	Residencial	107,00

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	TIPO DA	CONSUMO (kWh)
08/12/18	Residencial	107,00
09/12/18	Residencial	107,00
10/12/18	Residencial	107,00
11/12/18	Residencial	107,00
12/12/18	Residencial	107,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

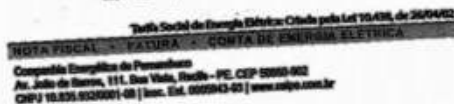
Para obter mais informações sobre o consumo de energia elétrica, consulte o site da Celpe ou ligue para o 0800 10 10 10.

TERMINAL DE TENSÃO

TERMINAL	DATA DE TENSÃO (R\$)
001	220
002	202
003	231

21 AGO 2019





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AGOSTINHO NUNES MAGALHÃES 58

N S A DA PENH SIERRA TALHADA
SIERRA TALHADA PE
50903-510

50903-510

COMPTON CONTINENTAL

4009422396

06/2019

DATA DE VENCIMENTO

19/06/2019

12/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

194,69

UF: BA	DATA: 08/06/2019	USUÁRIO: ÚNICA	IP: 126.9.2019
UF: BA	DATA: 08/06/2019	USUÁRIO: ÚNICA	IP: 126.9.2019

	CONTABILIDADE	PORCO (R\$)	VALOR (R\$)
	210.0000000	0,74163675	155,90
Consumo Alde(1111)			1,58
Acrescimo Bexeira AMARELA			20,03
Carteira Item. Publica Municipal			1,16
ICMS Subvenção-CDE-NF 054189051-1503/18			1,25
ICMS Subvenção-CDE-NF 058028108-1204/18			3,00
ICMS Subvenção-CDE-NF 058028108-1204/18			1,95
Multa por atraso-NF 058028108-1204/18			1,84
Juros por atraso-NF 058028108-1204/18			
Atualização ICMS-NF 058028108-1204/18			

TOTAL DA FATURA									
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA ROSA FISCAL									
IPSS	IPSS DA	ANEXOS	ANEXO		IPSS	CONSTANTE	ANEXO	CONSUMO	CONSUMO
ANEXOS	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO
30023476	CAT	14-05-2015	35.167,30	12-05-2015	35.371,30	30	1,0000		216,00

PERCENTAGE OF CONSUMERS

COUNTRY	PERCENTAGE
USA	100
UK	95
FR	90
DE	85
IT	80
ES	75
JP	70
BR	65
IN	60
RU	55
CH	50
SE	45
NO	40
DK	35
FI	30
BE	25
NL	20
PT	15
GR	10
TR	5
PL	0

PERCENTAGE OF CONSUMERS

COUNTRY	PERCENTAGE
USA	100
UK	95
FR	90
DE	85
IT	80
ES	75
JP	70
BR	65
IN	60
RU	55
CH	50
SE	45
NO	40
DK	35
FI	30
BE	25
NL	20
PT	15
GR	10
TR	5
PL	0

PERCENTAGE OF CONSUMERS

COUNTRY	PERCENTAGE
USA	100
UK	95
FR	90
DE	85
IT	80
ES	75
JP	70
BR	65
IN	60
RU	55
CH	50
SE	45
NO	40
DK	35
FI	30
BE	25
NL	20
PT	15
GR	10
TR	5
PL	0

IMAGENS IMPORTANTES

Peças de teatro, como parte do trabalho artístico, tiveram papel fundamental na construção do teatro de rua. O primeiro trabalho de teatro de rua foi realizado em 1978, no bairro de São Paulo, com o nome de "Teatro de Rua". O trabalho foi realizado em um espaço público, com o objetivo de levar o teatro para o povo. O trabalho foi realizado em um espaço público, com o objetivo de levar o teatro para o povo.

ATENÇÃO! A CELPE SIFORMA QUE VOCÊ POSSA CONTAS EM ABERTO

Year	Expenditure	Year	Expenditure
1980	110.00	1981	110.00

Este es un medicamento. Debe ser utilizado estrictamente de acuerdo a las instrucciones impresas en el prospecto. Consulte a su médico o farmacéutico para obtener más información. Este medicamento debe utilizarse con precaución en personas con problemas de salud. No se recomienda su uso en niños, embarazadas o mujeres lactando. Evite el alcohol y otros medicamentos que puedan interactuar con este medicamento. Si experimenta efectos secundarios, consulte a su médico. Mantenga este medicamento fuera del alcance de los niños. No lo use si está embarazada o planea quedar embarazada. Evite conducir o operar maquinaria pesada si se siente mareado o somnoliento. Este medicamento puede causar somnolencia. Evite conducir o operar maquinaria pesada si se siente mareado o somnoliento. Este medicamento puede causar somnolencia. Evite conducir o operar maquinaria pesada si se siente mareado o somnoliento.

CAUSAS	VEZES ANUAIS	TEMPO ANUAL	TEMPO TENDENCIAL	TEMPO ANUAL
OSC	0,00	0,00	10,00	21,70
PGC	0,00	2,30	0,00	13,20
OSMC	0,00	2,11	0,00	0,00
Unidade	13,20	0,00	Valor das Interrupções	Valor das Interrupções

The Commission agrees the information provided by the Council is accurate, however, it would like to see more information on the impact of the proposed measures on the environment, particularly on the impact on the water resources of the area.

ID L. (°)	LARGURA DE TRANSECTO (m)	
	2002	2004
720		

	TOTAL A PAGAR (\$)	194,69
--	---------------------------	---------------



21 AGO 2019





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 estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 089.203.784 / 176, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 260.043.368 / 166

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 260.043.368 / 166, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: RUA AGOSTINHO NUNES DE MAGALHÃES

Número: 58

Complemento: 1º ANDAR

Bairro: NOSSA S. DA PENHA Cidade: SERRA TALHADA

Estado: PE

CEP: 56903-510

E-mail: JOAQUIM NETO 760 R 6 MAIL.COM

Tel.(DDD): (87) 996460348

Local e Data: SERRA TALHADA-PE, 14/07/2019

Joaquim Marques de Lima Neto
Assinatura do Declarante

21 AGO 2019

DLDR.001 V001/2017



FICHA DE ATENDIMENTO NA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

NOME: <u>Edilson José do Nascimento</u>	Nº REGISTRO:
DATA: <u>25.05.19</u>	HORA: <u>05:08</u>
CNS: <u>898 0014. 2710. 8832</u>	DN: <u>15.10.75</u> /ID: <u>45</u>
NOME DA MÃE: <u>maria do Carmo N</u>	SEXO: <u>M</u>
PROFISSÃO: <u>Agricultor</u>	TELEFONE:
END: <u>Malhada do Boquerão</u>	CIDADE: <u>Betânia -PE</u>

SINAIS VITAIS E MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS							
PA: <u>110x90</u>	HGT:	T:	S02:	FC:	DOR:	IG:	PESO:

ESCALA DE DOR

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero correspondente a ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor			média dor			pouca dor				

Dor leve = 1 a 3 / 10
Dor moderada = 4 a 7 / 10
Dor intensa = 8 a 10 / 10

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHA <input type="radio"/>	AMARELO <input type="radio"/>	VERDE <input type="radio"/>	AZUL <input type="radio"/>
--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	----------------------------

QUEIXA PRINCIPAL:
HISTÓRIA BREVE:

DROGAS:	
ALERGIAS:	
DOENÇAS PREEXISTENTES: HAS () D. MELLITUS () NENHUMA () OUTRAS:	
CONDUTA INICIAL:	
REAValiação:	1ª HORA:
	2ª HORA:

Enfermeiro Responsável

21 AGO 2019

Rua Rufina Passos Jardins, SN Centro, Betânia-PE
CNPJ: 19.259.219/0001-38 - CEP: 56.670-000 - Fone: (87) 99806 - 4749



ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Quebra de alato
Tramir mio expul.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

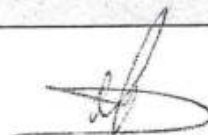
1ª
2ª

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Dipirona sup	IV 05/35
2. Romiprazina sup	
3. Talatol 20 mg	IV Repetida 09/35
4. Sfo, 1% 200mg	
5. Repouso	
6. Obs -	

DESTINO DO PACIENTE

OBSERVAÇÃO ()	INTERNADO ()	TRANSFERIDO ()	EVADIU-SE ()	ÓBITO ()
----------------	---------------	-----------------	---------------	-----------


 Médico

Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
 Médico
 CRM 2003

21 AGO 2019



14:26h

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 84

Data: 25-05-19	Nome: Edilson José do Nascimento	Profissão: agricultor	Estado Civil: Solteiro
Nascimento: 15-10-75	Sexo: masc.	Responsável: O mesmo	
Escolaridade: 2ª Letra	Mãe: Maria do Carmo do Nascimento		
Endereço: Rua - Paraisópolis	Bairro: Nogueira	Município: St. PE	Fone:
Cartão SUS:	RG/CPF:		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda
	Amarela	Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☒ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa: TRAUMA NA MÃO E PUNHO ESE
APÓS COLISÃO MOTOX VAO HOJE PARA
MORNOBATA.

PA: 120x80	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow: 15
Medicações em uso: 100x	Intolerâncias/Alergias: NEECA	Fluxograma: DITOPE-DA				
Carimbo e Assinatura: Paulo Cesar F. Ferraz		COREN-PE/BATIS: 236943-EN				

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Paciente com história de queda de mão
a cerca de 10hr. refere dor e estresse
em mão E

Tratamento:

Rx mão E AP e oblíquas
Imobilização mão D: Fenda Ombro de mão

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:
Dr. Nelson P. Carvalho Filho
Cirurgia Geral
CREMEPE 20349 - CRM-PB 9443

21 AGO 2019





HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Nome: ERISON IBRAHIM

Permissão

para o

12-11

Dr. Ederone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.172
CEM - FOM: 9.5936-0112

Data: 25/05/19

Médico - CRM

21 AGO 2019





HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que

EDILSON JOSE MACHADO

Necessita de 30 (trinta) dias de licença para tratamento de saúde, a partir da presente data.

CID = S62.3

Serra Talhada, 25/05/19

Dr. Edson de Sá
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
Rég. - 2015-0112
Médico - CRM

21 AGO 2019



EDILSON JOSÉ DO NASCIMENTO

Paciente vítima de colisão de moto com animal, no dia 25/05/2018 no município de Betânia. No mesmo dia realizou exame de imagem no HOSPAM onde se evidenciou fratura de metacarpo da mão esquerda.

Hoje, o paciente em questão, passando pela avaliação clínica de sequelas realizada por mim, através da anamnese clínica e exame físico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob a manobra, apresenta como sequela: dores em mão esquerda, com força prejudicada, não conseguindo fazer a flexão completa dos dedos.

No momento, apresentando déficit funcional de 70% em mão esquerda e déficit laboral em 70% para suas atividades de agricultura.

SERRA TALHADA, 23 DE JULHO DE 2019.

dra. Yamara Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.615

MÉDICA

21 AGO 2019

Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-8446 (87) 99916-0112 - e-mail: cem_st@hotmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1180372784

RENILSON JOSE DO NASCIMENTO

CPF: 37831244-800/SP

CEP: 260.043-368-60 **DATA NASCIMENTO: 15/10/1975**

ENDEREÇO: JOSE LUIZ DO NASCIMENTO
0
MARTA DO CARMO DO NASC
IMBETTO

PROFISSÃO: AC. CAT. HABIL. 33

SP: 03621686420 **VALIDADE: 21/09/2020** **EMISSÃO: 27/09/2005**

1180372784

SAO PAULO, SP **DATA: 21/09/2015**

23388189648
02687019435

DETRAN-SP (SAO PAULO)

21 AGO 2019

