



Número: **0006523-93.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro, Substituição do Produto**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JORCELANIO DE SA SILVA (AUTOR)		DJONATHAN ROCHA MOREIRA (ADVOGADO) MARCO ANTONIO DE BARROS ALVES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58918 405	09/03/2020 12:13	2700644_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 19ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00065239320208172001

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 **JORCELANIO DE SA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **25/05/2019**, restando permanentemente inválida.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

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



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190570472	Cidade: Buíque	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JORCELANIO DE SA SILVA	Data do acidente: 25/05/2019	Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 15/10/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). PG 7 ALTA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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

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

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



“(…) 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, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 25/05/2019. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	23/10/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JORCELANIO DE SA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04996

CONTA: 000000017709-0

Nr. da Autenticação 882AB7F2CC35DC98

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

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

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



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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.”

⁷ **art. 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,

RECIFE, 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 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 **JORCELANIO DE SA SILVA**, em curso perante a **19ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00065239320208172001.

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





09/03/2020

Número: **0006523-93.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

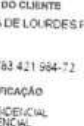
Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro, Substituição do Produto**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JORCELANIO DE SA SILVA (AUTOR)		DJONATHAN ROCHA MOREIRA (ADVOGADO) MARCO ANTONIO DE BARROS ALVES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58918 406	09/03/2020 12:13	ANEXO 1	Outros (Documento)



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50650-902
CNPJ 10.535.932/0001-89 | Insc. Est. 0006993-01 | www.celpe.com.br

RADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES FILICARPO DE SA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MIGUEL VITAL 108

CPF 783.421.984-72

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CENTRO/UBIQUÍE

BUIQUE PE
56520-000

CÓDIGO CONTRATO

1142708020

MÊS/ANO

04/2019

DATA DE VENCIMENTO

12/04/2019

DATA PREVISÃO PAGAMENTO

07/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

57,14

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
98,00/0030	0,77236997	51,04
		3,25
		0,25
		0,49
		1,20
		0,52
		0,39

TOTAL A PAGAR

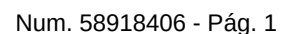
57,14

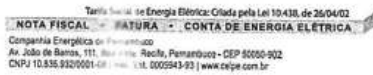
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA INÍCIO	LEITURA ATUAL	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
NR578	CAT	08-03-2019	14.912,00	08-04-2019	14.866,00	37	1,00000		86,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (KWH)
AGO19	68
MAI19	55
FEV19	52
NOV18	51
AGO18	50
MAI18	50
FEV18	48
NOV17	48
AGO17	48
MAI17	48
FEV17	48
NOV16	48
AGO16	48
MAI16	48
FEV16	48
NOV15	48
AGO15	48
MAI15	48
FEV15	48
NOV14	48
AGO14	48
MAI14	48
FEV14	48
NOV13	48
AGO13	48
MAI13	48
FEV13	48
NOV12	48
AGO12	48
MAI12	48
FEV12	48
NOV11	48
AGO11	48
MAI11	48
FEV11	48
NOV10	48
AGO10	48
MAI10	48
FEV10	48
NOV09	48
AGO09	48
MAI09	48
FEV09	48
NOV08	48
AGO08	48
MAI08	48
FEV08	48
NOV07	48
AGO07	48
MAI07	48
FEV07	48
NOV06	48
AGO06	48
MAI06	48
FEV06	48
NOV05	48
AGO05	48
MAI05	48
FEV05	48
NOV04	48
AGO04	48
MAI04	48
FEV04	48
NOV03	48
AGO03	48
MAI03	48
FEV03	48
NOV02	48
AGO02	48
MAI02	48
FEV02	48
NOV01	48
AGO01	48
MAI01	48
FEV01	48
NOV00	48
AGO00	48
MAI00	48
FEV00	48
NOV99	48
AGO99	48
MAI99	48
FEV99	48
NOV98	48
AGO98	48
MAI98	48
FEV98	48
NOV97	48
AGO97	48
MAI97	48
FEV97	48
NOV96	48
AGO96	48
MAI96	48
FEV96	48
NOV95	48
AGO95	48
MAI95	48
FEV95	48
NOV94	48
AGO94	48
MAI94	48
FEV94	48
NOV93	48
AGO93	48
MAI93	48
FEV93	48
NOV92	48
AGO92	48
MAI92	48
FEV92	48
NOV91	48
AGO91	48
MAI91	48
FEV91	48
NOV90	48
AGO90	48
MAI90	48
FEV90	48
NOV89	48
AGO89	48
MAI89	48
FEV89	48
NOV88	48
AGO88	48
MAI88	48
FEV88	48
NOV87	48
AGO87	48
MAI87	48
FEV87	48
NOV86	48
AGO86	48
MAI86	48
FEV86	48
NOV85	48
AGO85	48
MAI85	48





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
- RUA DR JOÃO IECENIO ALVES MACIEL
- 7114

ENTREBUNQUE
UNIQUE PE
9520-000

COUNTA CONTRATO	MESIANO
7024032811	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PRÉVISTA LECTURA
18/03/2019	08/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
97,78	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
053477220	2	11/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/03/2019	200026496	0240002

Consumo Ativo (LVM)
Contro. Item: F4464Municipal
ICMS sub-orig: ao-CDF-1F 041956201-121371

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
		0,75150324	87,20
			9,75
1-12/13/14			0,74

33 / 03 / 19
mly

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		atual		Nº DE OMS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (NM)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
08647-1		01/01/2014	4	14/01/2014	547,00	32	7,00000		116,00

[illegible]

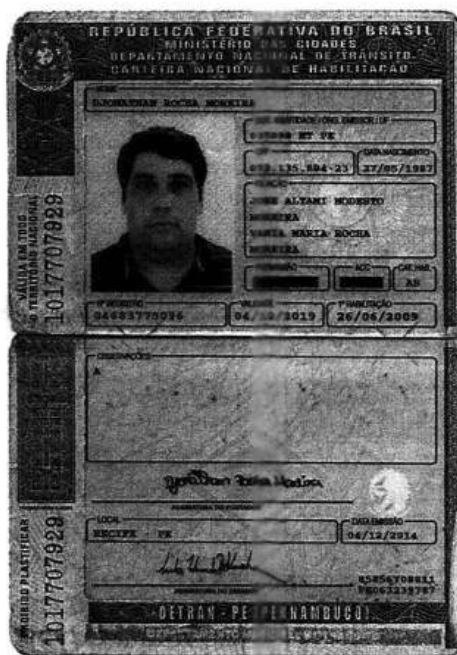
INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

nao se trata de um produto, e sim de uma tecnologia, portanto, o produto e a tecnologia devem ser avaliados separadamente, para a concessão de incentivos fiscais; de acordo com a Lei 10.683/03.

Comprovante de
residência do
procurador.





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/DOCO#ORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 DJONATHAN ROCHA MOREIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.135.894 / 23 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JORCELANIO DE SA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.821.464 / 73, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima JORCELANIO DE SA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.821.464 / 73, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
RUA: DR. JOÃO TECEMO ALVES MACIEL		55-A	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	BUIQUE	PE	56.520-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
DJONATHAN.MOREIRA@HOTMAIL.COM		87199962-9739	

RECIFE, 02 de OUTUBRO de 2019

Local e Data

Djonathan Rocha Moreira
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: DORCELANIODESA SILVA

Prontuário: 339218

Data: 26/05/19

Hora: 06:53

DIAGNÓSTICO:

① Fratura exposta do Mâximo da Tibia Esquerda

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Paciente de Alta Hospitalar da Ortopedia, sob orientação do Dr. Marcelo Capela, oriento retorno ao ambulatório de Ortopedia na cidade de origem.

TRATAMENTO REALIZADO:

① Estabilização da Fratura exposta do Mâximo da Tibia Esquerda com fixador tubo-a-tubo.

Alta Hospitalar: Data: 30/05/19

Hora: 15:00

Dr. Marcelo Capela



32887-7156 1112

(148)

Junta de Regulação

56 91 986

HP - Júpiter Exporte

Hospital Regional do Agente





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
CNPJ Nº 10.572.048/0014-42
BR. 232, Km 130 - Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.000-000
Fone: (81) 3701-1506 (ambulatório) ou (81) 3719-9400

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: _____
CRM Nº _____ UF: _____
Endereço Completo: _____
Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____

Paciente: JOSE LANTO DE SA SILVA

Endereço: _____

Prescrição: USO ORAL

01 NOVOTRAM 50mg 02 CAIXAS
1 COMP. DE 818H. 50mg INTENSA
01 COFLEXINA 500mg 40 Comp.
1 COMP. DE 616H. por 10 dias.

Dra. Seylla Lorena
Médica Residente de
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 26199

Data: 30.05.19

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo _____
Ident.: _____ Org. Emissor _____
End. Completo _____
Telefone _____
Cidade _____ UF _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/____





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA

HRA

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

***Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Jorcelanio de Sá Silva***

Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia, 26/05/2019 a 30/05/2019

Registro: 339218

Diagnostico: Fratura Exposta de Tibia

Tratamento: Cirúrgico de Fratura Exposta Tibia.

OBS: Paciente Vítima de Atropelamento . CID:S822

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 23 de Agosto de 2019
09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 236, Km 130
Indiápolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

***Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Jorcelanio de Sá Silva***

Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia, 26/05/2019 a 30/05/2019

Registro: 339218

Diagnostico: Fratura Exposta de Tibia

Tratamento: Cirúrgico de Fratura Exposta Tibia.

OBS: Paciente Vítima de Atropelamento . CID:S822

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 23 de Agosto de 2019
09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 236, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JORCELANIO DE SA SILVA

Atendimento: 512061

Prontuário: 339218

Data Nasc.: 25/09/1992

Idade: 26

Sexo: MASCULINO

Côr: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 898003432469715

Endereço: RUA MIGUEL VITAL

Nº: 40

Bairro: SAO JOSE

Cidade: BUIQUE

Estado: PE

CEP: 56520000

Fone: 96197632

Profissão:

Nome da Mãe: ERIMAR MARIA DE SA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 26/05/2019 05:51

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Lesão no membro superior direito com dor
na região do ombro e do cotovelo.
Muito incômodo, em repouso e ao movimentar.

Exame Físico:

Conhecido, sem alterações

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Fratura de Tíbio Esquerda (cravada)
Ex. aberto.

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

	1) Dor no -x Ombro AP	
	Torção PA	
	Colo Curvo AP/ Ant	
	Humo Esq AP/ Ant	
	Presc p fiz Anterior e posterior	



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Jeralonei de S. Silva

Nº do Registro:

Clínica: Ortopedia

Nº do Leito

Operador: Dr. João

1º Assistente: Dr. Hugo

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: Rápida

Duração:

Data da Operação: 26/05/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fr. exposto de Tibia

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta: Fixação com Fixador Tubo-o-tubo

Operação Realizada:

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Anestesia e lit. exposta
- ② Posicionamento de Campos Esteril
- ③ LC + DC
- ④ Fixação com Fixador Tubo-o-tubo
- ⑤ Sutura por Plique
- ⑥ Enlotamento

CM 22688
Ortopedia e Traumatologia
Cafio F. A. Cavalcanti



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: DORCELANIODESA SILVA

Prontuário: 339218

Data: 26/05/19

Hora: 06:53

DIAGNÓSTICO:

① Fratura exposta da Diáfise de Úlna Esquerda

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Paciente de Alta Hospitalar de Ortopedia, sob orientação do Dr. Marcelo Capela, oriento retorno ao ambulatório de Ortopedia na cidade de origem.

TRATAMENTO REALIZADO:

① Estabilização da Fratura exposta da Diáfise de Úlna Esquerda com fixador tubo-a-tubo.

Alta Hospitalar: Data: 30/05/19

Hora: 15:00

Dr. Marcelo Capela



3888-766 1112

(18)

Junta de Regulação

56 91 986

HP - Júpiter Exporte

Hospital Regional do Agente





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
CNPJ Nº 10.572.048/0014-42
BR. 232, Km 130 - Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.000-000
Fone: (81) 3701-1506 (ambulatório) ou (81) 3719-9400

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: _____
CRM Nº _____ UF: _____
Endereço Completo: _____
Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____

Paciente: JOSE LANTO DE SA SILVA

Endereço: _____

Prescrição: USO ORAL

① NOVOTRAM 50mg 02 CAIXAS
1 COMP. DE 818H. 1x 1 COMP. INTENSA
② Celebra 500mg 40 Comp.
1 COMP. DE 616H. por 10 dias.

Dra. Seilla Lorena
Médica Residente de
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 26199

Data: 30.05.19

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo _____
Ident.: _____ Org. Emissor _____
End. Completo _____
Telefone _____
Cidade _____ UF _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/____





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

HRA

DECLARAÇÃO

*Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Jorcelanio de Sá Silva*

Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia, 26/05/2019 a 30/05/2019

Registro: 339218

Diagnostico: Fratura Exposta de Tibia

Tratamento: Cirúrgico de Fratura Exposta Tibia.

OBS: Paciente Vítima de Atropelamento . CID:S822

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 23 de Agosto de 2019
09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 236, Km 130
Indiápolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

*Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Jorcelanio de Sá Silva*

Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia, 26/05/2019 a 30/05/2019

Registro: 339218

Diagnostico: Fratura Exposta de Tibia

Tratamento: Cirúrgico de Fratura Exposta Tibia.

OBS: Paciente Vítima de Atropelamento . CID:S822

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 23 de Agosto de 2019
09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 236, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Jeralonei de S. Silva

Nº do Registro:

Clínica: Ortopedia

Nº do Leito

Operador: Dr. João

1º Assistente: Dr. Hugo

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: Ropiv

Duração:

Data da Operação: 26/05/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fr. exposto de Tibia

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta: Fixação com Fixador Tubo-o-tubo

Operação Realizada:

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Anestesia e Lit. exposta
- ② Posicionamento de Campos Esteril
- ③ LC + DC
- ④ Fixação com Fixador Tubo-o-tubo
- ⑤ Sutura por Plique
- ⑥ Enlotamento

CM 22698
Ortopedia e Traumatologia
Caio F. A. Cavalcanti

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190570472 **Cidade:** Buíque **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORCELANIO DE SA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). PG 7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190570472 **Cidade:** Buíque **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORCELANIO DE SA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). PG 7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190570472

Vítima: JORCELANIO DE SA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DJONATHAN ROCHA MOREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JORCELANIO DE SA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14960539

Pag. 01005/01006 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190570472

Vítima: JORCELANIO DE SA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DJONATHAN ROCHA MOREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JORCELANIO DE SA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **JORCELANIO DE SA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000004996**

Conta: **0000017709-0**

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

711.821.464-73

Nome completo da vítima:

JORCELANIO DE SA SILVA

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

Nome completo:

JORCELANIO DE SA SILVA

CPF:

711.821.464-73

Profissão:

RECUSO-ME

Endereço:

RUA MIGUEL VITAL

Número:

108

Complemento:

CASA

Bairro:

CENTRO

Cidade:

BUÍQUE

Estado:

PE

CEP:

56.520-000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 4996

03

CONTA: 17.709

0

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 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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

☐ 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.

Local e Data: BUÍQUE, 02 DE OUTUBRO DE 2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jorcelanio de sa Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Dionelton Rocha Moreira

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Ima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, em 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19027678B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em Imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por MASCENA, matrícula 1461622, Policial Rodoviário Federal, em 26/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 017.011, de 16 de setembro de 2008, e no art. 1º da Lei Nº 11.127, de 20 de novembro de 2002.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 25/05/2019 Hora: 22:10 Município: ARCOVERDE/PE
BR: 424 KM: 0,8 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: MASCENA, 1461622

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 25/05/2019 às 22h10, no km 0,800 da BR 424, município de Arcoverde-PE, ocorreu um acidente do tipo atropelamento de pedestre, com 2 vítimas, sendo 1 fatal e 1 com lesões graves. Os veículos envolvidos foram um VW Polo KLX-0310 (V1) e outro veículo não identificado (VNI). De acordo com vestígios encontrados no local (veículo danificado, pedaços de peças quebradas na faixa de rolamento, um ferido e um morto) conclui-se que o V1 (VW Polo) vinha sendo empurrado pelo condutor e passageiros até um posto de gasolina, após pane seca (falta de combustível), quando uma passageira (Quitéria) precisou parar para satisfazer necessidade fisiológica e os demais pararam de empurrar, ainda com o veículo sobre a faixa decrescente, e dois deles, Edvan e Jocerlanio, ficaram do lado esquerdo do V1 (VW Polo) e Daniel ficou atrás, em seguida um veículo não identificado (VNI), que trafegava no mesmo sentido do V1 (VW Polo), atropelou Edvan e Jocerlanio e colidiu na lateral do V1 (VW Polo), fugindo sem prestar socorro. Esta dinâmica encontra-se representada no croqui. Em avaliação das constatações registradas nesta narrativa, conclui-se que o fator determinante deste acidente foi o fato do V1 (VW Polo) estar estacionado sobre a rodovia sem sinalização necessária para ser visualizado por outros veículos que por ali trafegavam, além das pessoas (Edvan e Jocerlanio) estarem sobre a faixa de rolamento sem os cuidados necessários. Ao chegarmos no local do acidente, já estavam uma equipe e uma viatura do Corpo de Bombeiro Militar sinalizando e orientando o trânsito, muitos curiosos, amigos e familiares das vítimas. Uma equipe de Perícia da Polícia Civil chegou após a equipe PRF, com Carlos Lyra e Hugledson



Documento assinado eletronicamente por MASCENA, matrícula 1461622, Policial Rodoviário Federal, em 26/05/2019, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



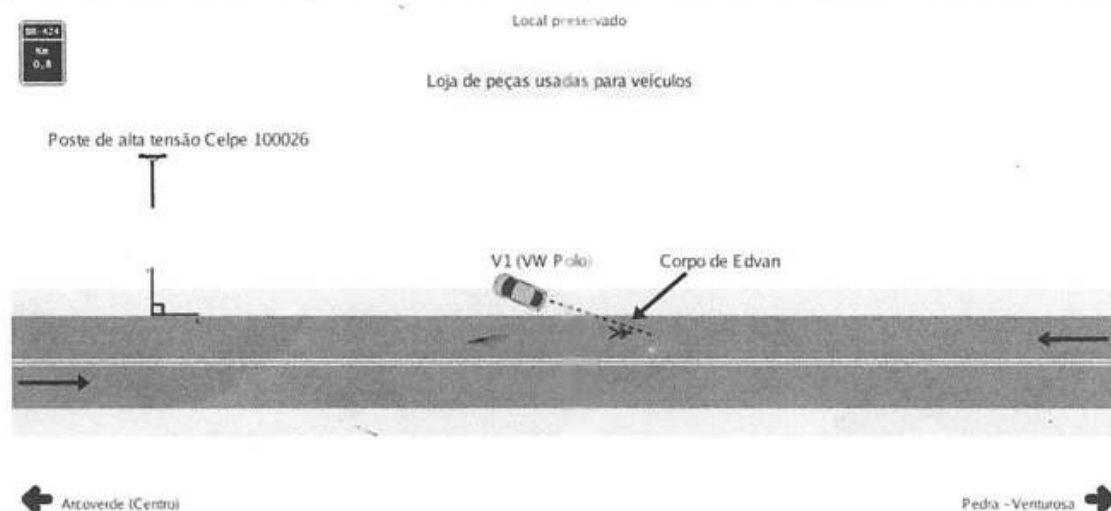
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

Rocha. O corpo da vítima foi levado para o IML de Caruaru. O Condutor do V1, Jocelanio Sá Silva, se encontrava no Hospital Regional de Arcoverde quando foi entrevistado pela equipe PRF, após realizar Raio-X e aguardando transferência para outra unidade hospitalar para realização de cirurgia. A vítima estava desorientada quanto a dinâmica do acidente, mas informou que havia ingerido cerveja e cachaça durante a tarde e a noite, e recusou-se a fazer o teste de etilômetro. Em consulta nos Sistemas PRF, constatou-se que o condutor é inabilitado. No momento exato do acidente, a vítima não estava conduzindo o veículo, pois este estava sem combustível.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - COORDENADA CARTESIANA

Descrição do Ponto	X (m)	Y (m)
Proj. Poste 100026 s/ linha acost.dec.	0,00	0,00
Lateral dianteira esquerda - KLX0310 - V1	17,90	1,60
Lateral traseira esquerda - KLX0310 - V1	21,60	0,40
Umbigo - EDVAN DE BRITO DA SILVA - Pedestre	25,20	-1,20

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Atropelamento de Pedestre	V2
2	Colisão lateral	V2, V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
1	V2			
2	V1			



Documento assinado eletronicamente por MASCENA, matrícula 1461622, Policial Rodoviário Federal, em 26/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-ND, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

2

V2

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
Polícia Civil	25/05/2019 22:10	25/05/2019 23:00

V1 - VEÍCULO 1 - KLX0310 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: KLX0310 Marca/modelo: VW/POLO 1.6 Renavam: 00963265512
Ano fabricação: 2008 Chassi: 9BWHB09N48P049514 Tipo de veículo: Automóvel
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Estacionado/parado na faixa de rolamento
Informações complementares: O veículo com pane seca (falta de combustível) estava sendo empurrado.

V1 - Encaminhamento

Motivo: Outros Tipo de Receptor: Polícia Civil
Informações complementares: Veículo envolvido em acidente de trânsito com vítima fatal. Ficou a disposição dos agentes da Polícia Civil de Arcoverde e familiares que se encontravam no local. PRF sem guincho conveniado para remoção.



Documento assinado eletronicamente por: MASCENA, matrícula 1461622, Policial Rodoviário Federal, em 26/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / VW/POLO 1.6

Placa: KLX0310

Nº BOAT: 19027678B01

Nome do Agente: MASCENA

Matrícula do Agente: 1461622

Data: 25/05/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por MASCENA, matrícula 1461622, Policial Rodoviário Federal, em 26/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por MASCENA, matrícula 1461622, Policial Rodoviário Federal, em 26/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

V1 - Proprietário

Nome: JOSE WELLINGTON DO NASCIMENTO ALVES
Email:
Endereço: BELO JARDIM-PE

CPF/CNPJ: 104.747.554-52
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - JORCELÂNIO DE SA SILVA

V1C - Informações

Nome: JORCELÂNIO DE SA SILVA
CPF: 711.821.464-73
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Não

Data de Nascimento: 25/09/1992
Estado civil: Solteiro(a)
Estado físico: Lesões Graves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:
UF:
Observações CNH:

Primeira habilitação:
Vencimento da habilitação:

Nº Registro:
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Sim
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: MIGUEL VITAL, 108, VILA SAO JOSE, BUIQUE-PE
Telefone:

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: Hospital ou clínica

Informações complementares: Socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional de Arcoverde antes da chegada da equipe PRF. Informou que bebeu cerveja e cachaça.

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - DANIEL JUNIOR SILVA SANTOS

V1P1 - Informações

Nome: DANIEL JUNIOR SILVA SANTOS
CPF: 121.987.414-07
Estado físico: Ileso

Data de Nascimento: 01/06/1996
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Não

Informações complementares: Foi o único ocupante do veículo que viu o fato. Informou que o condutor do veículo era JORCELÂNIO e que no momento do acidente o veículo estava parado sobre a faixa de rolamento.



Documento assinado eletronicamente por MASCENA, matrícula 1461622, Policial Rodoviário Federal, em 26/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: RUA MIGUEL VITAL, 8, CASA, CENTRO, BUIQUE-PE
Telefone: (87)99616-0769 Email:

V1P2 - PASSAGEIRO 2 DO V1 - QUITERIA VIEIRA POLICARPO DE SA

V1P2 - Informações

Nome: QUITERIA VIEIRA POLICARPO DE SA Data de Nascimento: 05/08/1973
Sexo: Feminino Estado físico: Ileso
Usava cinto de segurança: Não
Informações complementares: No momento estava fora do veículo que estava sendo empurrado até um posto por falta de combustível.

V1P2 - Dados do Contato

Endereço: RUA FELIX DE FRANÇA GALVÃO, 42, FREI DAMIÃO, BUIQUE-PE
Telefone: Email:

V2 - VEÍCULO 2 - NÃO IDENTIFICADO - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa:	Marca/modelo:	Renavam:
Ano fabricação:	Chassi:	Tipo de veículo: Automóvel
Espécie:	Categoria:	Cor:
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento		



Documento assinado eletronicamente por: MASCENA, matrícula 1461622, Policial Rodoviário Federal, em 26/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 /

Placa:

Nº BOAT: 19027678B01

Nome do Agente: MASCENA

Matrícula do Agente: 1461622

Data: 25/05/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo				Veículo evadiu-se.
2	Longarina dianteira esquerda				Veículo evadiu-se.
3	Caixa de roda dianteira esquerda				Veículo evadiu-se.
4	Estrutura da soleira esquerda				Veículo evadiu-se.
5	Air Bags Frontais				Veículo evadiu-se.
6	Air Bags Laterais				Veículo evadiu-se.
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda				Veículo evadiu-se.
8	Estrutura da coluna central esquerda				Veículo evadiu-se.
9	Estrutura da coluna traseira esquerda				Veículo evadiu-se.
10	Caixa de roda traseira esquerda				Veículo evadiu-se.
11	Assoalho central esquerdo				Veículo evadiu-se.
12	Longarina traseira esquerda				Veículo evadiu-se.
13	Assoalho portamalas ou caçamba				Veículo evadiu-se.
14	Longarina traseira direita				Veículo evadiu-se.
15	Caixa de roda traseira direita				Veículo evadiu-se.
16	Estrutura da coluna traseira direita				Veículo evadiu-se.
17	Estrutura da soleira direita				Veículo evadiu-se.
18	Estrutura da coluna central direita				Veículo evadiu-se.
19	Estrutura da coluna dianteira direita				Veículo evadiu-se.
20	Assoalho central direito				Veículo evadiu-se.
21	Caixa de roda dianteira direita				Veículo evadiu-se.
22	Longarina dianteira direita				Veículo evadiu-se.

Dano de Monta: Grande

V2 - Imagens Obrigatórias



Documento assinado eletronicamente por MASCENA, matrícula 1461622, Policial Rodoviário Federal, em 26/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 43, DE, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

V2 - Proprietário

Nome: CPF/CNPJ:
Email: Telefone:
Endereço:

V2C - CONDUTOR DE V2 - Não localizado

V2C - Informações

Nome: Data de Nascimento:
Sexo: Estado físico:
Informações complementares: Após a colisão se evadiu sem prestar socorro.

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: Primeira habilitação: Nº Registro:
UF: Vencimento da habilitação: Motorista profissional: Não
Observações CNH:

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço:
Telefone: Email:

E1 - PEDESTRE - EDVAN DE BRITO DA SILVA

E1 - Informações

Nome: EDVAN DE BRITO DA SILVA Data de Nascimento: 18/02/1973
Envolvimento: Pedestre CPF: 024.639.854-02
Sexo: Masculino Estado físico: Morto

E1 - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

E1 - Dados do Contato

Endereço: RUA FELIX DE FRANÇA GALVÃO, 42, CASA, FREI DAMIÃO, BUIQUE-PE
Telefone: (87)99937-7963 Email:



Documento assinado eletronicamente por MASCENA, matrícula 1461622, Polícia Rodoviária Federal, em 26/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

E1 - Encaminhamento

Motivo: Outros

Tipo de Receptor: Polícia Civil

Informações complementares: Ficou a disposição do Perito Carlos Lyra e do auxiliar Hugledson Rocha.



Documento assinado eletronicamente por MASCENA, matrícula 1461622, Policial Rodoviário Federal, em 26/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	311.821.464-73	JORCELANIO DE SA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: JORCELANIO DE SA SILVA		
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO-MC	RUA MIGUEL VITAL	108
Bairro:	Cidade:	CEP:
CENTRO	BUIQUE	56.620-000
E-mail:	Estado:	Tel.(DDD):
	PE	

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

RENDA MENSAL:			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 4946 03	CONTA: 17.709 0	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 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.

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

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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.

Local e Data, BUIQUE, 02 DE OUTUBRO DE 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JORCELANIO DE SA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Dionísio Rocha Moreira

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018



ATO Declaratório



UNIDADE DE ORIGEM: HOSPITAL REGIONAL RUY DE BARROS CORREIA - VI GERES

HOSPITAL DE DESTINO: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

MUNICIPIO: CARUARU - PE

SENHA DA REGULAÇÃO: 5691986

MÉDICO REGULADOR:

DATA DA RESERVA: 26/05/2019

HORA DA RESERVA 00:50:44

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO PACIENTE: JOCERLANIO DE SÁ SILVA

CPF:

RG:

DATA NASCIMENTO :

SEXO: M

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO COM RELATO DE ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA NA NOITE DE HOJE. REFERE DOR PRINCIPALMENTE EM JOELHO E.

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, GLASGOW 14, EUPNEICO, JA AVALIADO PELO CIRURGIÃO GERAL DA UNIDADE.

HD: TRAUMA - FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E

CONDUTA: ENCAMINHO PACIENTE PARA HOSPITAL DE REFERÊNCIA + IMOBILIZAÇÃO + ANALGESIA + CEFALOTINA 2G

JUSTIFICATIVA: EQUIPE INCOMPLETA + NÃO HÁ MATERIAL DE SÍNTESE + NÃO HÁ ARCO CIRÚRGICO

Dr. Marco Aurélio de Oliveira
Ortopedista/Traumatologista
CRM/PE-21529



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:	23/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JORCELANIO DE SA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04996

CONTA: 000000017709-0

Nr. da Autenticação 882AB7F2CC35DC98

