



Número: **0004253-96.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAILSON FERREIRA INACIO (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59059440	11/03/2020 09:52	2701586_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00042539620208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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 **JAILSON FERREIRA INACIO**, 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 **16/11/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 12/03/2019.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte não comprova que as lesões alegadas tenham decorrido do narrado acidente.

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.

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



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.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DA FALTA DE ASSINATURA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Isso se deve tendo em vista que o referido documento não foi devidamente assinado pelo noticiante conforme demonstrado abaixo:

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

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



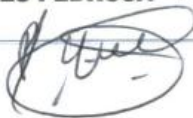
Complemento / Observação

DECLARA O O SR. JAILSON FERREIRA INÁCIO QUE TRANSITAVA COM O VEÍCULO MOTOCICLETA YAMAHA DE COR VERMELHA E PLACAS KIU-9521., QUE O VEÍCULO VW/GOL, DE COR PRATA, PLACAS NÃO ANOTADAS, APÓS UMA BRUSCA MANOBRA (TRANCAMENTO DE VIA), PROVOCOU O SEU DESEQUILÍBRIO E QUEDA. QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES. QUE APÓS 6 DIAS DO ACIDENTE SE SENTIU MUITO MAL E SE DIRIGIU AO HOSPITAL, QUANDO FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURAS NAS MÃOS. INFORMA QUE É MUSICISTA E ESTÁ INABILITADO PARA O TRABALHO DEVIDO AS SEQUELAS DO ACIDENTE, APRESENTOU DOCUMENTOS MÉDICOS QUE COMPROVAM O DIAGNÓSTICO E ATENDIMENTO.

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

**JAILSON FERREIRA INACIO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **GIL TAVARES PEDROSA** - Matrícula: **273133-9**



Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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

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

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

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

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

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)



- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**⁴.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte não comprova que as lesões alegadas tenham decorrido do narrado acidente.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

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.”

⁴SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

⁵APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



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 **16/11/2018**. 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 parciais⁶.

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 STJ⁷.

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.

⁶ 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.

⁷ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 945.00 (NOVECIENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

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 citação⁸.

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 ação⁹.

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.

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹art. 1º. (...)

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



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 Sumula 474 do STJ.**

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

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

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

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

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 3 de março 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.



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 **JAILSON FERREIRA INACIO**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00042539620208172001.

Rio de Janeiro, 3 de março 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





11/03/2020

Número: **0004253-96.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAILSON FERREIRA INACIO (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59059443	11/03/2020 09:52	ANEXO 1	Outros (Documento)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014484241974
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA RENAVAM: 19062558693
RUBRIC: 2019
VALMIRILANE HONORATO FERREIRA

RECIPTE-PE 0
CNP: 110.684.684-24
RUBRIC: KI09521
RUBRIC: 2019
RUBRIC: 2019

PAG /MOTOCICLETA
YAMAHA/FAZER Y5250
2006 2007
2P/249CL
CATEGORIA: VERMELHA

IPVA 2019 QUITADO
V
A
80.11
0.32 84.58
04/02/19

SEM RESERVA

PROFESSOR: Roberto Carlos Moreira Fonteles
19/02/19

Director Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUE POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014484241974 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VALMIRILANE HONORATO FERREIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIPTE-PE 0
CNP: 110.684.684-24
RUBRIC: KI09521
RUBRIC: 2019
RUBRIC: 2019

PAG /MOTOCICLETA
YAMAHA/FAZER Y5250
2006 2007
2P/249CL
CATEGORIA: VERMELHA

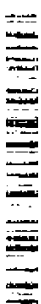
IPVA 2019 QUITADO
V
A
80.11
0.32 84.58
04/02/19

SEM RESERVA

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190320302

Nome do(a) Examinado(a): JAILSON FERREIRA INACIO

Endereço do(a) Examinado(a): TV SARAMANDAIA, 4 - RECIFE/PE - CEP
50920-085

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 4728657 - sds pe - 05/03/2010

Data e Local do Acidente : 15/11/2018 - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PE

Data e Local do Exame : 09/07/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

fratura de 4 metacarpo esquerdo

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

Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem
complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 45 dias.

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

vítima com consolidação viciosa da fratura, realiza flexão de 4 metacarpo a
cerca de 20 graus, deficit de força residual da mão esquerda.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [] Não

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

limitação residual da mão esquerda, com consolidação viciosa da fratura



VII. Segundo 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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

mão esquerda

% do Dano (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% 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 a valoração do dano corporal.





LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190320302

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO

Data do acidente: 15/11/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura de 4 metacarpo esquerdo

Descrição do exame físico: Vítima com consolidação viciosa da fratura, realiza flexão de 4 metacarpo a cerca de 20 graus, deficit de força residual da mão esquerda.

Resultados terapêuticos: Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 45 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional residual (10%) em mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/07/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em mão esquerda, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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: 3190320302

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO

Data do acidente: 15/11/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura de 4 metacarpo esquerdo

Descrição do exame físico: Vítima com consolidação viciosa da fratura, realiza flexão de 4 metacarpo a cerca de 20 graus, deficit de força residual da mão esquerda.

Resultados terapêuticos: Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 45 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional residual (10%) em mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/07/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em mão esquerda, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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: 3190320302

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO

Data do acidente: 15/11/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 8

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 8 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190320302

Cidade: Ipojuca

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO

Data do acidente: 15/11/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: Jailson Ferreira Inacio Brasileiro(a), Estado
Civil solteiro, Profissão musico, Residente e domiciliado à Rua
R. Vila Saramandaia, nº 4 Bairro Feijipio
Município de: Recife Estado PE Cep. 50920-085
Rg nº 4428654 órgão emissor SPS / PE e CPF nº 02985664438

Outorgado(a): Juliana Maria da Silva Nascimento, inscrito(a) no CPF sob o nº
111.691.044-60, Rg: 9.272.633, órgão emissor SDS-PE, estado civil: Solteira,
Profissão: Autônoma. Com endereço na Tv. 3 Sempre Viva, Nº 78, Curado II, Jaboatão
dos Guararapes-PE. Cep: 54000-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)

Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à
qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que
vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a)

16/01/2018 Jailson Ferreira Inacio, ocorrido em
conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Líder
dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o
bom e fiel cumprimento deste mandato.

Recife, 19 de março de 2019



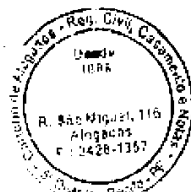
JAILSON FERREIRA INACIO

Outorgante

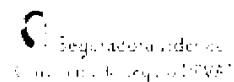
Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Regime Especial de Registro de Firmas e Assinaturas - Lei nº 13.257/2016
Reconhecimento por AUTENTICIDADE e Verdadeza de
JAILSON FERREIRA INACIO
que confere c/c o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Recife, 12 de março de 2019, 19h 04.
Em testemunha da verdade.
Eduarda Silva Braga (Escrivente Autorizada)
E-mail: R\$ 3,39 - Cód. QR: 113 144 - Total: 113,79
Selo: 0077503 KDE02201904.01578

Carimbo de autenticidade em: www.tjpe.jus.br/tribunaonline



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0159565/19

Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO

CPF: 029.856.644-38

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/11/2018

Titular do CPF: JAILSON FERREIRA INACIO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO : 111.691.044-60

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

JAILSON FERREIRA INACIO : 029.856.644-38

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: 13/05/2019
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 111.691.044-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

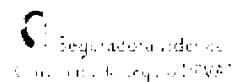
Data do cadastramento: 13/05/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0159565/19

Número do Sinistro: 3190320302

Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO

CPF: 029.856.644-38

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILSON FERREIRA
INACIO

DOCUMENTOS ENTREGUES

JAILSON FERREIRA INACIO : 029.856.644-38

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: 03/07/2019
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 111.691.044-60

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos





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 Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190320302

Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO

Data do Acidente: 15/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON FERREIRA INACIO

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 14307608





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, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190320302

Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO

Data do Acidente: 15/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00815/00816 - carta_02 - INVALIDEZ

00070408



Carta nº 14323799





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, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190320302

Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO

Data do Acidente: 15/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JAILSON FERREIRA INACIO

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01947/01948 - carta_03 - INVALIDEZ

00060974



Carta nº 14393900





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 Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190320302

Vítima: JAILSON FERREIRA INACIO

Data do Acidente: 15/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILSON FERREIRA INACIO

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: JAILSON FERREIRA INACIO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000046

Conta: 0000084435-0

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: **029 856 644 38** Nome completo da vítima: **Jailson Ferreira Tunes**

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

Nome completo: **Jailson Ferreira Tunes** CPF: **029 856 644 38**

Profissão: **Musico** Endereço: **R. Vila Saromondana** Número: **4** Complemento: _____

Bairro: **Dejipio** Cidade: **Beife** Estado: **PR** CEP: **50920-085**

E-mail: _____ Tel./DDD: **(81) 98641-1913**

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

DADOS CADASTRAIS

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: **0046** CONTA: **000 84435** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 nas custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 4º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ falecidos: _____ Vítima deixou netos (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Local e Data: **Beife, 03/04/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JAILSON FERREIRA TUNES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

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





522490
0159565/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2141000961**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/03/2019** às **11:06**

Complementa o BO Número: **19E2141000783**

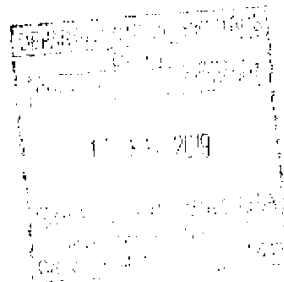
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **15/11/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PORTO DE GALINHAS, 1, PRIMO AO POSTO FISCAL - Bairro: PORTO DE GALINHAS - IPOJUCA/PERNAMBUCO / BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JAILSON FERREIRA INACIO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

DOCUMENTO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JAILSON FERREIRA INACIO

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JAILSON FERREIRA INACIO

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JAILSON FERREIRA INACIO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRAÇAS PEREIRA INACIO Pai: GERALDO JOSE INACIO Data de Nascimento: 29/3/1973 Naturalidade: DELMIRO GOUVEIA / ALAGOAS / BRASIL Documentos: 4728657/SDS/PE (RG), 02985664438 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MUSICO Telefones Celulares: - 81985169483

Endereço Residencial: **RUA FLORENTINO OLIMPIO DOS SANTOS, 72 - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

LAUDO MEDICO (DOCUMENTO) de propriedade do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO.**



que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**
Categoria/Marca/Modelo: **OUTRO/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

MOTOCICLETA PLACAS KIU9521 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **DADOS DETRAN/PE: PLACA** KIU9521 **PLACA**
ANTERIOR/UF CHASSI 9C6KG017070037564
ESPÉCIE TIPO PAS MOTOCICLETA **COMBUSTÍVEL**
GASOLINA **MARCA/ MODELO** YAMAHA/FAZER YS250
ANO FAB 2006 **ANO MOD** 2007 **CAP / POT / CIL** 2/0/249
CATEGORIA **PARTIC** **COR PREDOMINANTE** VERMELHA
PROPRIETARIO: VALMIRLANE HONORATO FERREIRA

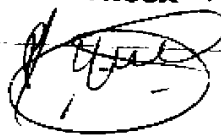
Complemento / Observação

DECLARA O O SR. JAILSON FERREIRA INÁCIO QUE TRANSITAVA COM O VEÍCULO MOTOCICLETA YAMAHA DE COR VERMELHA E PLACAS KIU-9521., QUE O VEÍCULO VW/GOL, DE COR PRATA, PLACAS NÃO ANOTADAS, APÓS UMA BRUSCA MANOBRA (TRANCAMENTO DE VIA), PROVOCOU O SEU DESEQUILÍBRIO E QUEDA. QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES. QUE APÓS 6 DIAS DO ACIDENTE SE SENTIU MUITO MAL E SE DIRIGIU AO HOSPITAL, QUANDO FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURAS NAS MÃOS. INFORMA QUE É MUSICISTA E ESTÁ INABILITADO PARA O TRABALHO DEVIDO AS SEQUELAS DO ACIDENTE, APRESENTOU DOCUMENTOS MÉDICOS QUE COMPROVAM O DIAGNÓSTICO E ATENDIMENTO.

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

JAILSON FERREIRA INACIO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GIL TAVARES PEDROSA** - Matrícula: **273133-9**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2141000783**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/02/2019** às **13:27**

Complementado pelo BO Número: **19E2141000961**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/11/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PORTO DE GALINHAS, 001, PRIMO AO POSTO FISCAL** - Bairro: **PORTO DE GALINHAS - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JAILSON FERREIRA INACIO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

DOCUMENTO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JAILSON FERREIRA INACIO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS PEREIRA INACIO** Pai: **GERALDO JOSE INACIO** Data de Nascimento: **29/3/1973** Naturalidade: **DELMIRO GOUVEIA / ALAGOAS / BRASIL** Documentos: **4728657/SDS/PE (RG), 02985664438 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MUSICO** Telefones Celulares: **- 81985169483**

Endereço Residencial: **RUA FLORENTINO OLÍMPIO DOS SANTOS, 72 - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

LAUDO MEDICO (DOCUMENTO) de propriedade do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**



Categoria/Marca/Modelo: **OUTRO/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

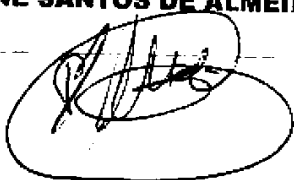
Complemento / Observação

DECLARA O O SR. JAILSON FERREIRA INÁCIO QUE TRANSITAVA COM O VEÍCULO MOTOCICLETA HONDA DE COR VERMELHA E PLACAS KIU-9521., QUE O VEÍCULO VW/GOL, DE COR PRATA, PLACAS NÃO ANOTADAS, APÓS UMA BRUSCA MANOBRA (TRANCAMENTO DE VIA), PROVOCOU O SEU DESEQUILÍBRIO E QUEDA. QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES. QUE APÓS O ACIDENTE SE SENTIU MUITO MAL E SE DIRIGIU AO HOSPITAL, QUANDO FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURAS NAS MÃOS. INFORMA QUE É MUSICISTA E ESTÁ INABILITADO PARA O TRABALHO DEVIDO AS SEQUELAS DO ACIDENTE, APRESENTOU DOCUMENTOS MÉDICOS QUE COMPROVAM O DIAGNÓSTICO E ATENDIMENTO.

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

JAILSON FERREIRA INACIO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GILVANE SANTOS DE ALMEIDA** - Matrícula: **319605-4**





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 ASI: _____ CPF da vítima: 029 856 644 38 Nome completo da vítima: Jailson Ferreira Tunes

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

Nome completo: Jailson Ferreira Tunes CPF: 029 856 644 38

Profissão: Musico Endereço: R. Vila Saromondia Número: 4 Complemento: _____

Bairro: Dejipio Cidade: Beife Estado: PE CEP: 50920-085

E-mail: _____ Tel./DDD: (81) 98641-1913

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

REDA 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: 0046 CONTA: 000 84435

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recuperando 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 nas custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 4º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura da vítima/beneficiário

Local e Data: Beife, 03/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JAILSON FERREIRA TUNES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

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





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JAILSON FERREIRA INACIO
Data Nasc.: 29/03/1973 Idade: 45 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 898003926418127
Endereço: TRAVESSA SARAMANDAIA Nº: 4
Bairro: TEJIPIO Cidade: RECIFE Estado: PE
CEP: 50920085 Fone: 558185169483
Acompanhante: Celular:
Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS FERREIRA INACIO Profissão:
Nome do Conjuge:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Medi: 27/11
Ketty Rodrigues B. dos Anjos Notificação
Acad. de Enfermagem UFPE USATT

2 - ATENDIMENTO Data: 22/11/2018 20:31 Médico: MEDICO ORTOMONISTA

Queixa Principal / HDA:

Tratamento para a lesão

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Don / Sólido em
mão /

Diag. Provisório:

Fratura L 5: msc 2

Tratamento para a lesão

MÃO

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Dr. José Sérgio S. Souza
Traumatologia Ortopedia
CRM 5500 59.01.10096



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

22/11/2018 20:36



Nome Paciente: JAILSON FERREIRA INACIO
Cód. Paciente: 1073850
Data de Nascimento: 29/03/1973
Sexo: Masculino
Idade: 45
Senha: FN0063
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 835601



22/11/2018 20:36 - EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Ccr

AMARELO

Queixa Principal:

SOFREU QUEDA DE MOTO HÁ 8 DIAS. APRESENTANDO EDEMA NAS MÃOS.DM.
TRAUMA EM DEDO DA MÃO D.

Observação:

NEGA DM OU ALERGIAS.HGT=324MG/DL. TEMP.=36,6°C.

Fluxograma sintoma:

QUEDAS

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

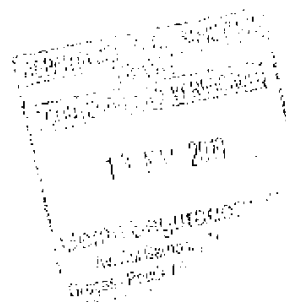
Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

- RÉGUA DE DOR: 7



Acolhido(a) por: EDNA BARBOSA SILVA

Data: 22/11/2018 20:36

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILSON FERREIRA INACIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00046

CONTA: 000000084435-0

Nr. da Autenticação 5871D2614743CBE6



08/02/2019

2a Via de Fatura

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-902
CNPJ 10.836.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DA SILVA
PROX AO TERMINAL DE ÔNIBUS
CPF: 014.751.244-14 NIS: 16386000164

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 3 SEMPRE VIVA 78

CURADO INCAVALERO
54009-000 JABOATÃO DOS GUARARAPES PE

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

DATA DE VENCIMENTO

05/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

27,07

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

29/01/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

29/01/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

048753279

CONTA CONTRATO

002293634010

Nº DO CLIENTE

200122131

Nº DA INSTALAÇÃO

0001713710

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

F7D2.8F45.A562.8192.019B.8F74.4285.49FD

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18089318	5,42
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	53,00	0,31010260	16,43
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,93
Multa por atraso - Nº 845002807 - 29/12/18			0,29
TOTAL DA FATURA			27,07

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
ICMS	PIS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00

COPINS	
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
21,85	0,45

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	9,88 43,22
Transmissão	1,40 5,16
Distribuição (Celpe)	4,83 17,82
Encargos Setoriais	0,99 3,63
Tributos	0,54 2,47
Perdas de Energia	2,13 7,86
TOTAL	21,85 100

TARIFAS APLICADAS	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,17928850
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,30222609

HISTÓRICO DO CONSUMO	
MÊS	KWh
JAN 18	83
FEV 18	75
MAR 18	80
ABR 18	118
MAY 18	83
JUN 18	76
JUL 18	79
AUG 18	87
SET 18	96
OCT 18	77
NOV 18	71
DEZ 18	97
JAN 19	88

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
MB19603	CAT	29/12/2018 18.581,00	29/01/2019 18.764,00	31	1,0000	0,00	53,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/02/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
05/2018					
DIC-Id. de horas sem Energia	VARZEA	0,00	5,07	10,15	20,30
FIC-Id. de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,85	0,83	0,00
Limite DMCRI: 12,22					
DMC-Duração de interrupção em dia crítico					
USD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 10,81					
Obrig. Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores FIC, FIC, DMC e USD a qualquer tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: arena hi-tech; rua joão frágoso de medeiros no 1784 candelas / r m de
meneses cunha - me: lat 1 cajueiro seco. Lata completa em www.celpe.com.br.
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, e, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 22,54.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

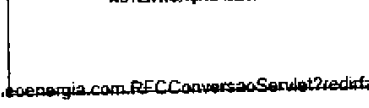
DESTAQUE AQUI

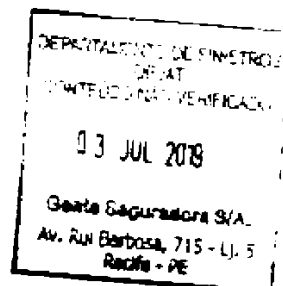
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002293634010	01/2019	27,07	05/02/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838100000000 270700110023 293634010100 136869925935



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





JAILSON FERREIRA INACIO
TV SARAMANDAIA, 4
TEJIPIO
CEP 50920-085 - RECIFE - PE



59059443

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
11/03/2020 09:52:04



REQUERIMENTO Nº 00000000000000000000000000000000

João Paulo Silva

CPF: 000.000.000-00

Assinado eletronicamente por:

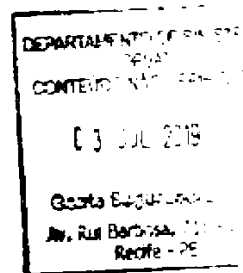
João Paulo Silva

CPF: 000.000.000-00

Assinado eletronicamente por:

João Paulo Silva

João Paulo Silva



Assinado eletronicamente por:

João Paulo Silva



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva);

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 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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Fulana Maria da Silva Nascimento inscrito (a) no CPF 116.910.44, 60
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joulson Ferreira Eulio inscrito
(a) no CPF sob o Nº 029.856.644, 36, do sinistro de DPVAT cobertura Lucalidey da Vítima
Joulson Ferreira Eulio, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.856.644, 36 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	Nº 3 Sempre Vivos		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Curado II	Alto das Guayras	PE	54000-000	
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
	(81) 98641-1413	(81) 98693-4875		

Feife 03 de Março de 2019
Local e Data

Fulana Maria da Silva Nascimento
Assinatura do Declarante

D_03L001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valmiriane Monarda Ferreira,
RG nº 9195884, data de expedição 25.03.2011,
Órgão SPS/RE, portador do CPF nº 110684684-24, com
domicílio na cidade de Recife, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Florentino Olímpico dos Santos, nº 42,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Saibon Ferreira Tracis cujo o condutor era

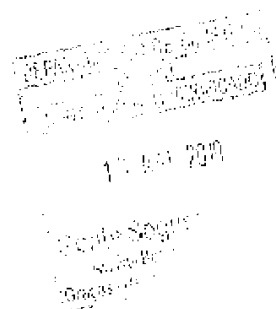
vitima Jaillon Ferreira Trucio
Jaillon Ferreira Trucio

Veículo: *Motoricleta*
Modelo: *Yamaha / fazez* 45250
Ano: *2006/2007*
Placa: *RFU9521*
Chassi: *9 C6 K6 04 40 4003 7564*
Data do Acidente: *16/11/2018*
Local e Data: *Beleza 12/03/2019*

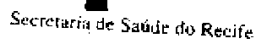
Valmiriane Honorato Ferreira
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DE AFUGADOS - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Requiro a expedição de uma Certidão de Registro de Matrícula nº 144, do Livro 342, do Registro de Matrículas do 8º Distrito Judiciário do Recife, Pernambuco, em nome de:
Reconheço por AUTENTICAÇÃO a Ilma de
VALMIRLANE HONORATO FERREIRA
que confere o nº padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Recife, 12 de março de 2009. **144/09**
Em testemunho da verdade:
Edilson Silva Braga (Esp. Servente Autorizado)
Fmof: 118.3.39 TMSR: 1.402.0181R: R2 4.19
Selo: 0077503.KVL02201904.01863







FICHA PARA CONSULTA SUBSEQUENTE



Unidade de Saúde: _____ Distrito Sanitário: _____ Data: 21 / 11 / 2011

Registro Nº: _____ Nome: Jackson Ferreira _____ Cartão SUS Nº: _____

Data de Nasc.: _____ Sexo: _____

Nome da Mãe: _____ Raça/Cor: ☐ 1. Branca ☐ 2. Preta ☐ 3. Parda
☐ 4. Amarela ☐ b. Indígena

Endereço: _____

22/10/2011 HGT 280

22:30 H.E. + 321

Hgt 250

1-Insulin n/14

[16 ~~USC~~ ~~with~~ ~~caption~~
 06 USC in 28 hr 5
 ✓

1 HT des 6/6s 24(297) 6(227)
unter des symmetris

09 10 HGT 347

C+: Insulin Regular = 60 I SC
Reptin #67 Apr 24

4.9.26

10 H A

2600
dixie
wrens

Dr. Fabiana González Toranzo
Intelectual
CRM 16724

Ans. Rejected $\chi^2(5)$
12/30

12/30

15. 30 H R + 30

① Insulina Regular
OGU SC

OGU

~~77/00~~

18h - Aula 50: 15. Leitura e interpretação de textos
Primeira Parte: Segunda Parte

Primo Pagine Primo Pagine Primo Pagine Primo Pagine

① Rocefin 2g } 1000mg
SPO PG 1000mg } 1000mg

⑤ Domiera 12 f 35 SV 6/6h SV

(5) Hair length 35-40 6/64 SW



21.39"

Paciente rubro do H60F após mobilização
de mase e com omeprazol de controle do
~~H60F~~ glúcora e acompanhamento
ambulatorial.

CD. HGT 315

① Insulina regular 10 Usc

23:40hs HGT 239 mg/dl

23/11/18 } G: 0,0 m 280 mg/dl
17 } PR: 120x80

10:00 HR PA - 120x90 mmHg

FR - 24 RPM

T - 37.1°C

P - 92 BPM

HGT - 301 MG/DL

SAT - 96%

CD: VIM

1.º e 2.º exames laboratoriais

Em 16h

Curva: (23/11/2018)

Hemograma = leuco = 15.000

HCT = 37.9%

PLT = 475.000

CR = 0.74

U/T = 1.6

U/T = 2.6

5.º: Presença tratamento de ITV predominantemente
= início de anti-bióticos orais.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
SECRETARIA DE SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

REGISTRO		DATA E HORÁRIO DE CHEGADA	
NOME		SEXO	
NOME SOCIAL			
ENDEREÇO			
DATA DE NASCIMENTO		IDADE	
SITUAÇÃO/QUEIXAS <i>C. e febre em + Torção + febre</i>			
HISTÓRICO: ☐ Hipertensão Arterial ☐ Diabetes ☐ Tabagismo ☐ Asma			
HISTÓRIA CLÍNICA / MEDICAÇÕES ATUAIS <i>11/15 5/11</i>			
OBSERVAÇÃO OBJETIVA <i>No momento sem febre. Fez uso de Antibiótico</i>			
SINAIS VITAIS		Escala de Dor:	
P: <i>130</i> bpm	PA: <i>95</i> mmHg	☐ Ausente (0)	
T: <i>38.0</i> °C	FR: <i>20</i> rpm	☐ Leve (1-3)	
HGT: <i>180</i> mg/dL		☐ Moderada (4-7)	
Escala de Coma de Glasgow:		☐ Intensa (8-10)	
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO			

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO	☒ AMARELO	☐ VERDE	☐ AZUL
DATA DA CLASSIFICAÇÃO <i>21/11/18</i>		HORA DO ATENDIMENTO :	



21/11/2019 16:00h

ORIENTAÇÕES/CONDUTA

no caso de alteração para 4º. trimestre

caso solicitado seguir m orientação

REF 5561490

Sra. Karla Miranda
Médica
CRM-PE 22.420

REAVLIAÇÃO

HORA

:

ENFERMEIRO(A) Assinatura/carimbo

 **Ouvidoria**
Municipal de Saúde
PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
0800 281 1520



FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA



Registro Nº 32.14 Hora: 11:46 Recepcionista Stephane
Unidade de Saúde: _____ Distrito Sanitário: II Data: 21/11/18

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: Saúlson Ferreira Tracia
Data de Nascimento: 29.03.73 Sexo: M - Masc. () F - Fem. () I - Ignorado Raça/Cor: ☐ 1-Branca ☐ 2-Preta ☒ 3-Parda
☐ 4-Amarela ☐ 5-Indígena
Estado Civil: solteiro Escolaridade: Fundamental Profissão: univerco
Nome da Mãe: maria das graças
Endereço: R. Vitorino Freire Sarambina Número: 4 Complemento: 4 CEP: 51040-000
Bairro: Porto Município: Recife UF: PE
Acompanhante: Saúlson
Procedência: casa Meio de Transporte: 98511-9583
HDA: _____

DM HAT 480 na janela de
130x90 torreção antia-bombas

Revisado
CCIH / PAM
21/12/18
ABR

Vacinas atualizadas Sim () Não () Não trouxe o cartão ()

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automóvel () Ônibus () Moto () Outro () Qual? _____ Ignorado ()
Fator de proteção: Cinto / Capacete Sim () Não () Ignorado ()
Modo: Atropelamento () Colisão () Capotagem () Outro () Qual? _____ Ignorado ()
Indo / Voltando do trabalho: Sim () Não () Ignorado ()

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Const. Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outro () Qual? _____ Ignorado ()
Local de Trabalho: Órgão: _____ Endereço: _____

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Intoxicação Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico ()
Outro () Qual? _____ Ignorado ()

AGRESSÃO

Por: Arma de Fogo () Arma Branca () Espancamento () Outro () Qual? _____ Ignorado ()
Modo: Assalto () Briga () Ação Policial () Agressão Sexual () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

Por: Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda do Nível () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Via Pública () Domicílio () Ambiente de Trabalho () Escola () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

Observações: (F) Orientações Acompanhamento
ambulatorial após alta!!!
local: PAM

Nome Físico: _____ Idade: _____ Profissão: assist. social

A: Geral Peso: _____ Estatura: _____ Temp: _____ °C

B: Respiratório

H.E.T.O. 22.25



130196

mmHg

D: Exame Neurológico:

mmc. bica

E: Abdomen

plecido

Diagnóstico Inicial:

D. M. descompensada.

Exames Solicitados:

Tratamento / Procedimentos:

Insulina Regular 12 UZ/c

S.R.L. 500ml
V.M. 1 op.
Coadjuv B 1 op.
P.C.H. 1 op - 50ml

HGT = 280 mg/dL
Repl H.C.B. 19:00h.

Dra. Mariúcia Freitas Cássio
Clínica médica emergência
CRM: 3334

HGT: 367 mg/dL

Assinatura Conselho N° 10

Diagnóstico Definitivo:

diabetes mellitus tipo 2
HGT em jejum elevada

Alta / Melhorado

() Internamento

() Transferência

() Óbito

Transferido para:

17:30h (294) HGT

Insulina Regular 10 UZ/c

Médico:

CRM:

Data:

Hora:

23/3/18

20:04

Realizada tentativa

S.R.L. 500ml

Termo de Responsabilidade para Internamento:

de internamento pelo SAMU

2 op

no S.O.R.

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos ou cirúrgicos. Inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se for necessários.

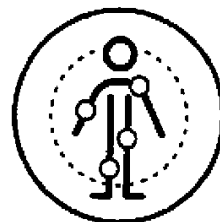
Data: / / Nome Completo Legível

Nº da Identidade: Assinatura:



Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

DADOS PESSOAIS

Nome do paciente JAILSON FERREIRA LIMA

Data de nascimento 29, 03, 1973 RG 4728.657 SDS CPF 029.856.644/38

DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 16, 11, 2018

Nº do B.O. 19E2141000783

Resumo clínico PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE
VEICULO, SOFRENDO COME TRAUMA NA
COLUNA

Diagnóstico TRAUMA DO 4ºS NA COLUNA

Tratamento IMOBILIZAÇÃO ORTOMAN

Sequelas DEFICIÊNCIA MOTORA EM 1 LÍMBIA DE
APPROXIMADAMENTE 60% NA PLEXO - EXTREM

Data da alta ambulatorial definitiva 11, 03, 19

Abreu e Lima, 11 de 03 de 2019

Dr. Pedro Marques
Ortopedista
CRM-PE 8594

Médico (CRM)

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE | Fone: (81) 3542.3278





SECRETARIA DE SAÚDE
DISTRITO SANITÁRIO V
POLICLÍNICA AGAMENON MAGALHÃES
Rua da Paz, 5/n – Afogados. Recife – PE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o Sr. **JAILSON FERREIRA INÁCIO**, portador do documento RG nº 4.728.657, foi atendido nesta unidade de saúde no dia 21 de novembro de 2018, Nº da ficha de atendimento 32.414.

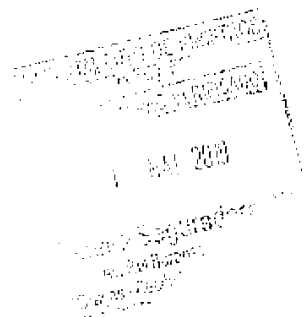
Segue anexo cópia da ficha de atendimento do paciente, conforme solicitado.

Sem mais, estamos disponíveis para maiores esclarecimentos se necessário.

Recife/PE, 27 de Fevereiro de 2019.

Atenciosamente,


Policlínica Agamenon Magalhães
Rejane Espindola S. Oliveira
Chefe de Setor Administrativo
Idex: 401189 - 8





Secretaria de Saúde do Recife

OFFICIALS OF THE DISTRICT OF COLUMBIA



Unidade de Saúde:

DISTRICT ATTORNEY

1. Scientific background

Distrito Sanitário:

Nome:

Technical Interview

Registro Nº

Cartão SUS Nº

4-0-05

per capita. 1900 - 1905
 1906 - 1910
 1911 - 1915
 1916 - 1920
 1921 - 1925
 1926 - 1930
 1931 - 1935
 1936 - 1940
 1941 - 1945
 1946 - 1950
 1951 - 1955
 1956 - 1960
 1961 - 1965
 1966 - 1970
 1971 - 1975
 1976 - 1980
 1981 - 1985
 1986 - 1990
 1991 - 1995
 1996 - 2000
 2001 - 2005
 2006 - 2010
 2011 - 2015
 2016 - 2020
 2021 - 2025
 2026 - 2030
 2031 - 2035
 2036 - 2040
 2041 - 2045
 2046 - 2050
 2051 - 2055
 2056 - 2060
 2061 - 2065
 2066 - 2070
 2071 - 2075
 2076 - 2080
 2081 - 2085
 2086 - 2090
 2091 - 2095
 2096 - 2100

100
100
100

2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574 2575 2576 2577 2578 2579 2580 2581 2582 2583 2584 2585 2586 2587 2588 2589 2590 2591 2592 2593 2594 2595 2596 2597 2598 2599 2600 2601 2602 2603 2604 2605 2606 2607 2608 2609 2610 2611 2612 2613 2614 2615 2616 2617 2618 2619 2620 2621 2622 2623 2624 2625 2626 2627 2628 2629 2630 2631 2632 2633 2634 2635 2636 2637 2638 2639 2640 2641 2642 2643 2644 2645 2646 2647 2648 2649 2650 2651 2652 2653 2654 2655 2656 2657 2658 2659 2660 2661 2662 2663 2664 2665 2666 2667 2668 2669 2670 2671 2672 2673 2674 2675 2676 2677 2678 2679 2680 2681 2682 2683 2684 2685 2686 2687 2688 2689 2690 2691 2692 2693 2694 2695 2696 2697 2698 2699 2700 2701 2702 2703 2704 2705 2706 2707 2708 2709 2710 2711 2712 2713 2714 2715 2716 2717 2718 2719 2720 2721 2722 2723 2724 2725 2726 2727 2728 2729 2730 2731 2732 2733 2734 2735 2736 2737 2738 2739 2740 2741 2742 2743 2744 2745 2746 2747 2748 2749 2750 2751 2752 2753 2754 2755 2756 2757 2758 2759 2760 2761 2762 2763 2764 2765 2766 2767 2768 2769 2770 2771 2772 2773 2774 2775 2776 2777 2778 2779 2780 2781 2782 2783 2784 2785 2786 2787 2788 2789 2790 2791 2792 2793 2794 2795 2796 2797 2798 2799 2800 2801 2802 2803 2804 2805 2806 2807 2808 2809 2810 2811 2812 2813 2814 2815 2816 2817 2818

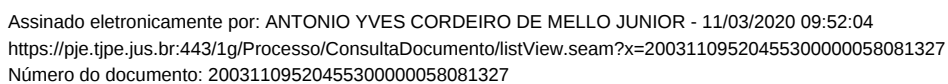
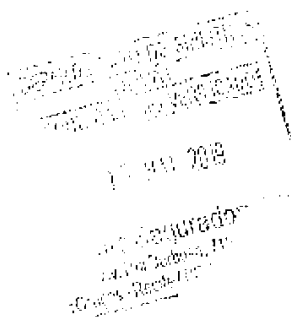
THE

1867-1870

Data: 2/11/20

Assinatura - Conselho nº

Steno. Santa Mercedes
Médica
M-PE 21.760



Parâmetro	PLANTÃO DIURNO												PLANTÃO NOTURNO												
	08h	09h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	24h	01h	02h	03h	04h	05h	06h	07h	
FC _/_h					92						80														
PA _/_h					120/80					120/80	120/80														
Sat _/_h					96%				100%	99%	99%														
HGT _/_h					103cm				103cm	103cm	103cm														
Diurese _/_h					/					140ml	140ml														
SNG _/_h					/					140ml	140ml														
Temperat _/_h					36,4					36	36														
RESPONS.					OK					OK	OK														

PREScrição DE ENFERMAGEM

* Asseio corporal _____

* Manter cabeceira elevada

* Aspiração traqueal _____

* Manter grades laterais elevadas

* Higiene oral com bicarbonato de sódio _____



**SUS**

Secretaria de Saúde do Recife

RECEITUÁRIO

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE

DISTRITO SANITÁRIO V

Política Alimentar e Nutricional



PREFEITURA DO

RECIFE

Unidade de Saúde: _____

Distrito Sanitário: _____

Nome: Fachini Pereira Duarte

Registro Nº _____

Cartão SUS Nº _____

45 anos

Receite para que seja
 feito no 6 dia e um
 cl de um mês + ede
 desde então

AO receber:

Ace

Ace

Ace

Ace

Receite em nota + deferida
 de m. movimento

no cl. fatura de 4º metano
 no D

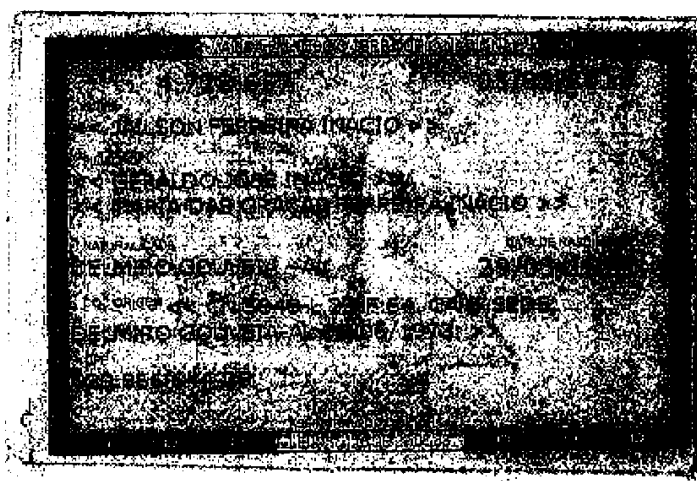
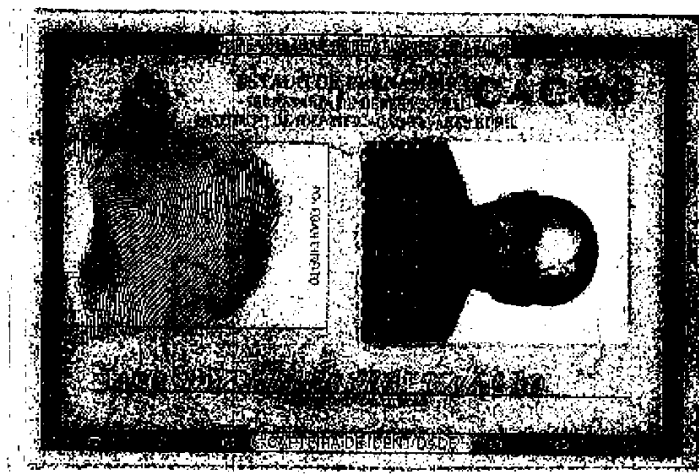
co: ortopedico - 100
 5861490

Data: 21.11.18

San. Kely M. M. M.
 Assinatura

Assinatura - Conselho nº _____





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

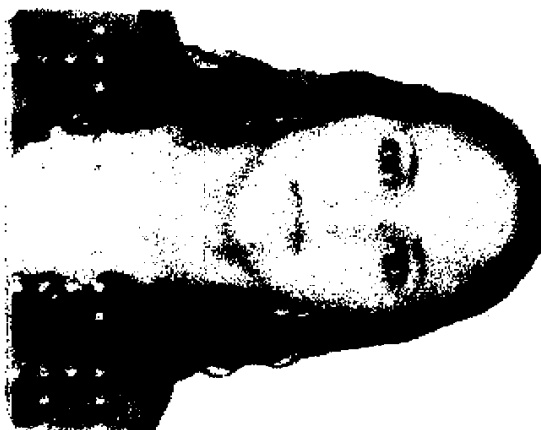


ESTADO DO PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA CIVIL

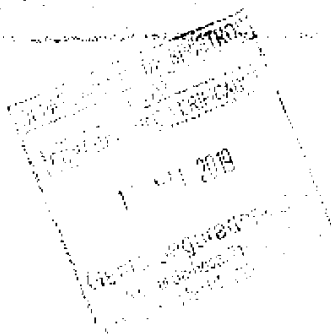
SECRETARIA DE DEFESA CIVIL - SECRETARIA DE DEFESA CIVIL

C - 23



Juliana Maria da Silva Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.272.633

DATA DE
EXPIRAÇÃO

21/02/2024

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

JOSEAS CORDEIRO DO NASCIMENTO SR
MARIA JOSE DA SILVA

BRASIL - PE

07/03/2020 09:52:04

