



Número: **0000344-82.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **18/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JANAINA DE LIMA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59157391	12/03/2020 13:29	2702379_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TRIUNFO/PE

Processo: 00003448220198173520

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 **JANAINA DE LIMA 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 **06/08/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **17/10/2018**.

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

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

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 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.

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

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

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 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 ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **06/08/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

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 SESSENTA 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 HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**" (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art. 1º. (...)

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



CONCLUSÃO

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

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

TRIUNFO, 5 de março de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

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 nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

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

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

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



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JANAINA DE LIMA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **TRIUNFO**, nos autos do Processo nº 00003448220198173520.

Rio de Janeiro, 5 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





Número: **0000344-82.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **18/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JANAINA DE LIMA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59157392	12/03/2020 13:29	ANEXO 1	Outros (Documento)

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 06/08/2018

Cod. Prof: 80

Profissional: JOSE BATISTA DA SILVA

Senha: Senha

Pront. - Paciente: 27277 - JANAINA DE LIMA SILVA

Pront. Local:

Data Nasc.: 10/12/1997

Idade Pac.: 20 Anos, 7 Meses e 27 Dias.

RG:

Endereço: SÍTIO - LAGOA DE DENTRO

Nº: S/N

Bairro: ZONA RURAL

Município: TRIUNFO

Nome da Mãe: ZELIA NUNES DE LIMA SILVA

Cartão SUS: 706809709808520

Data e Hora da Recepção: 06/08/2018 11:50

Nº da Ficha: 76811

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) AMARELO

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLINICA MEDICA

Data: 06/08/2018 12:06

Profissional da Pré-Consulta: 52 - REBECA LEANDRO DE MENEZES

COREN 2749932-PB

P.A.: X mmHg Peso: Kg Temperatura: °C Estatura: cm Per. Cefálico: Per. Torácico: Glicemia: mg/dl

Informações da Pré-Consulta:

PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE PELO SAMU-PI COM DOR E DEFORMIDADE NO MIE APÓS QUEDA DE MOTO

Medicamentos em Uso:

OBS. REALIZADO TILATIL PELO SAMU

- Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

06/08/2018 12:02:04 JOSE BATISTA DA SILVA

Intima de acidente de moto com
dor no corpo e dor forte na coroa esquerda
Acidente, 12/12/18.

Tensional 40 x AD
Pa de 100 mm e 70 mmHg
Insuficiência de 12.5. S. S. S. S.

Receita Médica
Assinada Eletronicamente
COREN 2749932-PB

Encaminhada ao município de origem 13:25h
Equipe de Triunfo.

X

Assinatura do Paciente/Responsável

JOSE BATISTA DA SILVA C.R.M.: 225124-PB

Pág: 1 de 1

Gerado por: Focus Desenvolvimento de Sistemas Ltda - Sistema Saúde Versão Atual: 2.1.2.85-A

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO "CAMPOS BAIROS"
RUA DO MARCELO, 100 - CENTRO - CEP: 53010-000 - FONE: (83) 3457-2270
PRINCESA ISABEL - PB

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.

Princesa Isabel - PB 17/07/2018 11:49:31

Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente

(2018-003198) ENUL:R\$ 2,37 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,47

SELLO DIGITAL: AHA68319-475H

Confira a autenticidade em <https://selldigital.tpb.jus.br>

24 ABR 2019





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		DATA DA SOLICITAÇÃO:
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA		10/08/2018 12:47
MÉDICO SOLICITANTE: JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES	ASSINATURA E CARGO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 9608	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº DO PRONTUÁRIO:
NOME DO PACIENTE: JANAINA DE LIMA SILVA		477073
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 10/12/1997	SEXO: Feminino
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: ZÉLIA NUNES DE LIMA SILOVA		TELEFONE DE CONTATO:
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): SÍTIO LAGOA DE DE, ZONA RURAL		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: TRIUNFO	COD. INSC. MUNICIPAL: 4322004	UF: PE
		CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACT.COM FRATURA DE FEMUR ESQUERDO		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RAIO X		
DIAGNÓSTICO SEGUNDO: FRATURA DE FEMUR ESQUERDO		
CID 10 PRINCIPAL:	CID 10 SECUNDÁRIO:	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS		
F. RESPIRATÓRIA	PRES. ARTERIAL	SATURACAO
20 lpm	120/80 MMHG	92 %

PROCEDIMENTO SOLICITADO		CODIGO DO PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:		
CLÍNICA:	CARACTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	DOCUMENTO: (X)CNS ()CPF
		Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
EXECUTANTE		
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:		DATA DE AUTORIZAÇÃO:
TIPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:	
MÉDICO AUTORIZADOR:		
AUTORIZAÇÃO		
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		DATA DA SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO: (X)CNS ()CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	COD. ORGÃO EMISSOR: 13881

ESCLARECIMENTOS

24 ABR 2019



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução
13/08/18 08:44 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição
PAQT INTERNA AGUARDANDO VAGA CIRURGICA

Data/Hora Profissional Evolução
12/08/18 10:26 CLARISSA ROBERTA AZEDO FALCAO
Descrição
REGISTRAMOS QUE NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR

Data/Hora Profissional Evolução
11/08/18 13:35 VERA LUCIA BEZERRA LEITE
Descrição
REGISTRAMOS QUE NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR

Data/Hora Profissional Evolução
10/08/18 13:24 GLISSIA OLIVEIRA PAIXAO E SILVA
Descrição
REALIZADO BUSCA ATIVA DE LEITOS , SEM DISPONIBILIDADE NO MOMENTO.

Data/Hora Profissional Evolução
10/08/18 12:47 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
10/08/18 12:47	Em digitação	0h:1m:3s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
10/08/18 12:48	Aguardando Regulacao	0h:25m:23s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
10/08/18 13:13	Aguardando Regulacao	0h:0m:20s	PRNS/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: PRNS solicitação: 477073
10/08/18 13:14	Regulado	0h:10m:18s	PRNS/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
10/08/18 13:24	Aguardando Disponibilidade		GLISSIA.SILVA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

24 ABR 2019





Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 15/08/2018		Nº Registro: 000158191	
Identificação do Paciente: JANAINA DE LIMA SILVA		305 - TRAUMA FEM. 02	
Data Nascimento: 10/12/1997	Idade: 20	Sexo: Feminino	Cor: Sem informação
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: ESTUDANTE	Naturalidade: TRIUNFO	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: JOSIAS PEREIRA DA SILVA		Mãe: ZELIA NUNES DE LIMA SILVA	
Endereço: JOAQUIM TIMOTIO LIMA FILHO		75	
Bairro: SAO CRISTOVAO	Cidade: TRIUNFO	Estado: PE	Telefone: (87) 99638-6282
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito []		Acidente de Trabalho []	
Suicídio []		Outros Acidentes []	
Casual []		Agressão []	
Outros []			
Nr. do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
Doença aguda pulmonar ME, de início súbito, com dor torácica e dispnéia, com mobilidade pulmonar e sibilos ruidosos.			
Diagnóstico Inicial: <u>Furto de Fígado</u>			
S.A.T. <u>Intoxicação por FÁRMACOS, com alteração da consciência</u>			
Diagnóstico Final:			
CONDIÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorada ☒	Decisão Médica ☒	Data do Internamento: 15/08/18	
Inalterado []	Alta a Pedido []	Data da Alta: 29/08/18	
Piorado []	Transferência []	Local: <u>24 ABR 2019</u>	
Óbito+48h []	Evasão []	Médico Responsável: <u>[Assinatura]</u>	
Óbito-48h []	Indisciplina []		
Óbito em: / /			
Hora: :			



Cirurgia Realizada:

do Procedimento:

osteossintese Fratura Diáfise Fêmur E

Data: 18/08/18

Início:

Término:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Sob anestesia geral, paciente em MIE +
 fêmur 5 fêmur lateral com E
 curvas plásticas por placas, fixação
 com 8 parafusos, placa fêmur 5
 fratura de fêmur e osteossintese
 usando: 01 placa de 4,5 de 40 cm fixa,
 08 p. corticais 4,5
 01 fêmur sucro 6,4.
 Infusão por plasma + plasma

Antônio Ricardo de Siqueira
 CRM 107791
 RPP 7547834-72

Assinatura do Cirurgião

24 ABR 2019





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633
3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4- CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO		NOME ATEND.	
10023036			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO
706809709808520			000158191
9 - NOME DO PACIENTE		10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO
JANAINA DE LIMA SILVA		10/12/1997	Feminino
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO	
ZELIA NUNES DE LIMA SILVA		(87) 99638-6282	
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)			
JOAQUIM TIMOTIO LIMA FILHO			
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - COD. INGB MUNICÍPIO	17 - UF 18 - CEP
TRIUNFO			PE 56870-000

- JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
203 cm, 68 kg, 35 anos. MIE, de base clínicamente de pré-infarto e coronária, com dor no peito e dispnéia. Sinais vitais normais. MIE			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Na coroa e fômites			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL		22 - CID-10 PRINCIPAL	
Infarto do miocárdio		I72.2	
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		24 - CID-10 SECUNDÁRIO	
		25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS	

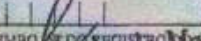
PROCEDIMIENTO SOLICITADO

2 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Atestado</i>		27 - COD. DO PROCEDIMENTO <i>0408039519</i>	
28 - CLÍNICA <i>305 - TRAMA F.E.M. 01</i>	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO <i>IX ICNS - 1 ICPE</i>	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE <i>Antonio Rodrigues de Freitas CRM 7881 CPF 036.212.003-25</i>	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>15/08/2018</i>	34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO) <i>Mauriciana Pereira Pereira CPF: 030.473.904-2 CRM: 12270</i>	

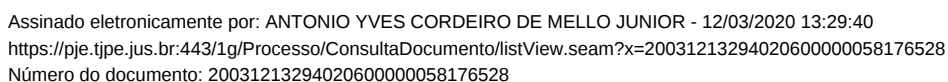
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)

39 - 1 - ACIDENTE DE TRANSITO	39 - 2 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - 3 - ACIDENTE DE TRABALHO "TRAJETO"	40 - SÉRIE
41 - CNPJ DA SEGURADORA	42 - CNPJ DA EMPRESA	43 - CNPJ DA EMPRESA	44 - CBOE
45 - NÚMERO COM A PREVIDÊNCIA 46 - EMPREGADOR 47 - AUTÔNOMO 48 - DESEMPREGADO 49 - APOSENTADO 50 - NÃO SEGURO			

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DE PROCEDIMENTO AUTORIZADO		46 - CÓD. ORGÃO EMISSOR		51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)	
				261812503720	
47 - CÓDIGO DE PROCEDIMENTO		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
1 1C 12 14F		 Ilo Pereira de Andrade Melo CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603 Médico Autorizador			
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		50 - ASSINATURA E CARIMBO DO DELEGADO DO CONSELHO			
		52 - MOTIVO DA ALTA		53 - CARACTER DA INTERNAÇÃO	
		la		W	
		DATA DA INTERNAÇÃO: 15.08.18		DATA DA ALTA: 20.08.18	

24 APR 2019



98032240

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

10.023.036

DATA DE EMISSÃO 03/09/2014

Nome: JANAÍNA DE LIMA SILVA >>

CPF: 0001391 20 TRIUNFO-PE >>

DATA DE NASCIMENTO 10/12/1997

SERIAL: 117.948.644-74

ASSINATURA DO DIRETOR

CÓDIGO DE CONTROLE

CB9F.315D.386F.9740

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:52:45 do dia 05/07/2012 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

10R-32

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

RECARGA DIREITO

Carteira de Identidade

Janaína de Lima Silva

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 117.948.644-74

Nome JANAÍNA DE LIMA SILVA

Nascimento 10/12/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

10 DEZ. 2018





VALE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.819.300 DATA DE EXPEDICAO 15/05/2003

NOME EDILSA FERREIRA DE SOUZA

FILIAÇÃO JOAO FERREIRA DA SILVA

RITA MARIA DA SILVA

NATURALIDADE TRIUNFO PE DATA DE NASCIMENTO 18/04/1975

SOC. ORIGEM CC. 1819, L.B. 04 AUX. F. 110-CART. DE FLORES-PE 21/08/1934

CPF 041.021.214-00

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-07 10852

1º DEZ. 2018

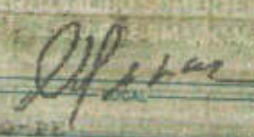


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE Nº 012382313546

26172811325

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

UA	CCO. RENAVAM	ENTR
1	671911024	*****
NOME/ENDEREÇO		
JOSE RONIVALDO ALVES DE SOUZA SÍTIO CAJUEIRO S/N CASA ZONA RURAL TRIUNFO-PE		
CPF/CNPJ		PLACA
096.678.529-69		KL78596
NOME ANTERIOR		
PLACA ANT/JF		
***** 902K000106R021826		
ESPECIE TIPO		
EAS - MOTOCICLETA		
MARCA/MODELO		
HONDA/CG 150 TITAN RS		
COR/NOTA		CATEGORIA
20143003 20143003		VERMELHA
20185002		550-1000
SEM RESERVA		
		
TRIUNFO-PE		12/02/16
Charles Andrews Sousa Ribeiro		

10 DEZ. 2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180583024 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAINA DE LIMA SILVA **Data do acidente:** 06/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE 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: 3180583024 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAINA DE LIMA SILVA **Data do acidente:** 06/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JANAÍNA DE LIMA SILVA, brasileiro(a), estado civil: Solteira
Profissão: Agricultora, portador(a) do RG 10.023.036, órgão expedidor SDS-PE
e do CPF: 117.948.644-74, residente no(a) Si: Lagoa de Dentro
nº 130, bairro: Rural, município: Triunfo / PE.

OUTORGADO:

Nome: EDILSA FERREIRA DE SOUZA, brasileiro(a), estado civil: CASADA
Profissão: RECURSO, portador(a) do RG 4819300, órgão expedidor SDS-PE
e do CPF: 041.021.214-80, residente no(a) RUA DAS MANGUEIRAS
nº 198, bairro: SANTO ANTONIO, município: TRIUNFO / PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima JANAÍNA DE LIMA SILVA.

Local e Data: TRIUNFO PE, 21/09/18.

Janaína de Lima Silva
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



1º DEZ. 2018





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 Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180583024

Vítima: JANAINA DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 06/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSA FERREIRA DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANAINA DE LIMA 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 13719140

Pag. 00939/00940 - 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, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180583024

Vítima: JANAINA DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 06/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSA FERREIRA DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANAINA DE LIMA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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. 00585/00586 - carta_03 - INVALIDEZ

00060293



Carta nº 1372231





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: 3180583024

Vítima: JANAINA DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 06/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSA FERREIRA DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANAINA DE LIMA SILVA

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\$ 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: **JANAINA DE LIMA SILVA**

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

Banco: **237**

Agência: **000000586-0**

Conta: **0000039175-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

NR do sinistro ou AGL: _____ CPF da vítima: 117.948.644-74 Nome completo da vítima: Janaina de Lima Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Janaina de Lima Silva CPF: 117.948.644-74
Profissão: Agricultora Endereço: Sítio Lagoa de dentro Número: 130 Complemento: _____
Bairro: Zona Rural Cidade: Triunfo Estado: PE CEP: 56870-000
E-mail: _____ Tel (DDD): (87) 99932-5938

DADOS CADASTRAIS

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

REDA MENSAL:
☒ RECLUSO 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 (sujeita para os bancos abertos. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0586 0 CONTA: 39175 1
(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 (assinale 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 prolongamento 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 discordo do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afibricado

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO
Janaina de Lima Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | 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 RGO, 2018
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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISP DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



C E R T I D ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: Nº 541/2018, LIVRO nº 03/2018, sob a responsabilidade da autoridade policial, Delegado, GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

DATA: 17 de outubro do ano de Dois Mil e Dezoito

HORA: 09h30min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

Noticiante: JANAINA DE LIMA SILVA

Estado civil: solteira

RG: 10.023.036 SSP/PE CPF: 117.948.644-74

Sexo: Feminino

Nascimento: 10.12.1997 Idade: 20 anos

Naturalidade: Brasileira

Naturalidade: Serra Talhada/PB

Profissão: Agricultora

Alfabetizado: SIM

Filiação: Josias Pereira da Silva e de Zélia Nunes de Lima Silva

Endereço: Sítio Lagoa de Dentro, Município de Triunfo/PE.

NARRATIVA

QUE, NO DIA 06 DE AGOSTO DE 2018, POR VOLTA DAS 10:30 HORAS, SOFREU UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, NA PB 426 NAS IMEDIAÇÕES DO IF, EM PRINCESA ISABEL/PB, QUE CONDUZIA UMA MOTO HONDA/CG 150 TITAN K3, DE COR VERMELHA, DE FABRICAÇÃO E MODELO 2005/2006, PLACA KLT 8596 PE, CHASSI Nº 9C2KCO8106R021638, REGISTRADA EM NOME DE JOSÉ RONIVALDO ALVES DE SOUSA, QUE NAS IMEDIAÇÕES DO REFERIDO LOCAL, CONDUZIA A REFERIDA MOTO QUANDO PASSOU O QUEBRA MOLA, BATENDO NA GUIA DE ACOSTAMENTO PERDEU O CONTROLE E DESCONTROLANDO A MOTO CHEGANDO A CAIR AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UPA DE PRINCESA ISABEL, SENDO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE SERRA TALHADA/PE (HOSPAM), QUE APÓS EXAME DE RAIOS X, FOI CONSTATADO FRATURA NO FEMUR DO PE ESQUERDO.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante

Janaina de Lima Silva

10 DEZ. 2018

DELEGACIA DE POLICIA CIVIL

Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457 2381.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou AGL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

117.948.644-74

Janaina de Lima Silva

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

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

117.948.644-74

Sítio Lagoa de dentro

330

Zona Rural

Triunfo

PE

56870-000

(87) 99932-5938

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

REDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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 (sujeita para os bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

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 (assinale 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 prolongamento 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 discordo 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem apresentar e provar esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado

Local e Data:

Nome:

CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª 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 ROSTO, 2018 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



SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 06/08/2018

Cod. Prof: 80 Profissional: JOSE BATISTA DA SILVA

Senha: Senha

Pront. - Paciente: 27277 - JANAINA DE LIMA SILVA

Pront. Local:

Data Nasc.: 10/12/1997

Idade Pac.: 20 Anos, 7 Meses e 27 Dias.

RG:

Nº: S/N

Endereço: SÍTIO - LAGOA DE DENTRO

Bairro: ZONA RURAL

Município: TRIUNFO

Nome da Mãe: ZELIA NUNES DE LIMA SILVA

Cartão SUS: 706809709808520

Data e Hora da Recepção: 06/08/2018 11:50

Nº da Ficha: 76811

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) AMARELO

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLINICA MEDICA

Data: 06/08/2018 12:06:

Profissional da Pré-Consulta: 52 - REBECA LEANDRO DE MENEZES

COREN 2749932-PB

P.A.: ___ X ___ mmHg Peso: ___ Kg Temperatura: ___ °C Estatura: ___ cm Per. Cefálico: ___ Per. Torácico: ___ Glicemia: ___ mg/dl

Informações da Pré-Consulta:

PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE PELO SAMU-PI COM DOR E DEFORMIDADE NO MIE APÓS QUEDA DE MOTO

Medicamentos em Uso:

OBS: REALIZADO TILATIL PELO SAMU

- Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

06/08/2018 12:02:04 JOSE BATISTA DA SILVA

Intima de acidente de moto com
dor no capo e dor forte na cor quadril
Acidente, 06/08/18.

Transmissão 40 x AD

Ra de 10mm E AP 10x10

Transmissão 40 x AD

Paciente: Jose de Oliveira
Médico: Rebeca de Menezes
COREN-PB 2749932

Comprovação do ato declaratório

Encaminhada ao município de origem 13:25h

Equipe de Triunfo.

X

Assinatura do Paciente/Responsável

JOSE BATISTA DA SILVA C.R.M.: 225124-PB

Pág: 1 de 1

Gerado por: Focus Desenvolvimento de Sistemas Ltda - Sistema Saúde Versão Atual: 2.1.2.85-A

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CAMPOS BAIROS
RUA DEL MARCO, 225 - CENTRO - CEP 58755-000 - FONE: (83) 3457-2270
PRINCESA ISABEL - PBAutentico a presente copia, reproducao fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.

Princesa Isabel-PB 17/09/2018 11:49:31

Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente

[2018-003158] ENL:R# 2,37 FAPEN:R# 0,28 FEPJ:R# 0,47

SELO DIGITAL: AHA68319-4758

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiipi.gov.br>

10 DEZ. 2018

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANAINA DE LIMA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000039175-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1305201905000000000023700586000000039175236250 PAGO



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA			
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93		 celpe Grupo Neoennergia 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 NADEGE PEREIRA MADUREIRA CPF: 332.854.464-04	DATA DE VENCIMENTO 05/09/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 126,14	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 29/08/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 29/08/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 029849274	CONTA CONTRATO 007028290971 Nº DO CLIENTE 2011148129 Nº DA INSTALAÇÃO 9003927749
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DAS MANGUEIRAS 198 CS- STO ANTONIO/TRIUNFO 56870-000 TRIUNFO PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
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	RESERVADO AO FISCO BEFC.C4F1.D042.01D3.899A.650D.C05F.47FC		

10 DEZ. 2018



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 EDILSA FERREIRA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.021.214 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jamaina de Lima Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.948.644 / 74 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jamaina de Lima Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.948.644 / 74, 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 DAS MANGUEIRAS		198	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	TRIUNFO	PE	56870-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
	(87) 99932-5938	(87) 99901-7156	

TRIUNFO-PE, 06 de dezembro de 2018
Local e Data

Edilsa Ferreira de Souza
Assinatura do Declarante

1º DEZ. 2018

DL0RL001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Renivaldo Alves de Souza,
RG nº 9.503.858, data de expedição 19/06/12,
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 086.078.52469, com
domicílio na cidade de Triunfo no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Capueiro, nº 490,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Janaina de Lima Silva, cujo o condutor era
Janaina de Lima Silva.

Veículo: moto
Modelo: CG 150 Titan KS
Ano: 2005-2006
Placa: KLT 8596
Chassi: 9C2KC08186R031638
Data do Acidente: 06/08/18
Local e Data: Triunfo PE, 10/10/18

Jose Renivaldo Alves de Souza
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS
REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS,
PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS
ANTÔNIO ORLANDO VIEIRA DE SOUZA - EDIRVANEIDE MENEZES DE SOUZA
TITULAR SUBSTITUTA
Rua 15 de Novembro, 100 - Fone: (071) 3666.100 - CEC: 000000000000 - CEP: 00000-000 - São Paulo - SP

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE
RENIVALDO ALVES DE SOUZA em 10/10/2018
14:52:23 e dou fé. Em test., da
verdade. Substituta: EDIRVANEIDE MENEZES DE
SOUZA. Emol: 3,39. TSNR: 0,80. PERC: 0,40.
Total: 4,79. Selo: 0073641.XXX10201807.00010.

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/autenticidade
Edirvaneide Menezes de Souza
Substituta

10 DEZ. 2018



SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 06/08/2018

Cod. Prof: 80

Profissional: JOSE BATISTA DA SILVA

Senha: Senha

Pront. - Paciente: 27277 - JANAINA DE LIMA SILVA

Pront. Local:

Data Nasc.: 10/12/1997

Idade Pac.: 20 Anos, 7 Meses e 27 Dias.

RG:

Endereço: SÍTIO - LAGOA DE DENTRO

Nº: S/N

Bairro: ZONA RURAL

Município: TRIUNFO

Nome da Mãe: ZELIA NUNES DE LIMA SILVA

Cartão SUS: 706809709808520

Data e Hora da Recepção: 06/08/2018 11:50

Nº da Ficha: 76811

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) AMARELO

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLINICA MEDICA

Data: 06/08/2018 12:06

Profissional da Pré-Consulta: 52 - REBECA LEANDRO DE MENEZES

COREN2749932-PB

P.A.: ___ X ___ mmHg Peso: ___ Kg Temperatura: ___ °C Estatura: ___ cm Per. Cefálico: ___ Per. Torácico: ___ Glicemia: ___ mg/d

Informações da Pré-Consulta:

PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE PELO SAMU-PI COM DOR E DEFORMIDADE NO MIE APÓS QUEDA DE MOTO

Medicamentos em Uso:

OBS: REALIZADO TILATIL PELO SAMU

- Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

06/08/2018 12:02:04 JOSE BATISTA DA SILVA

Intensa dor de cabeça e no peito com
dores no corpo e dor forte no corpo com
dores, PA 22/18.

Tensão 40 x AD

Pa de 22/18 e 12/25
transferida para S. Saúde

Região de Saúde de Oliveira
Região de Saúde de Oliveira
COREN-PB 271378

Encaminhada ao município de origem 13:25h
Equipe de Triunfo.

X

Assinatura do Paciente/Responsável

JOSE BATISTA DA SILVA C.R.M.: 225124-PB

Pág: 1 de 1

Gerado por: Focus Desenvolvimento de Sistemas Ltda - Sistema Saúde Versão Atual: 2.1.2.85-A

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO "CAMPOS BAYROS"
RUA DEL MARCOLO, Nº 225 - CENTRO - CEP: 51705-000 - FONE: (51) 3457-2111
PRINCESA ISABEL - PI

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Princesa Isabel-PB 17/09/2018 11:49:31
Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente
[2018-003158] EMOL:R\$ 2,37 FARPEN:R\$ 0,20 FEPJ:R\$ 0,47
SELQ DIGITAL: AHA68319-415H
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiip.pb.gov.br>

10 DEZ. 2018



TRANSFERÊNCIA

Nome: _____
Destino: _____ Data e Hora da Admissão: ____/____/____ às ____:____h
Contato Prévio: _____ Data e hora da Transferência: ____/____/____ às ____:____h

HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME CLÍNICO

Admite-se ao ac. de moto com lesões
no corpo forte dor em MIB

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA / HORÁRIO

Prescrever 40 x AD 1 — 2

EXAMES REALIZADOS / RESULTADOS

Na de hemur sp e fígado

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

fratura cominada de 1º metacarpo do
dedo

OBSERVAÇÕES: _____

Assinatura e Carimbo do Médico: _____
UPA 24h PRINCESA ISABEL-PB

10 DEZ. 2018

