



13/03/2020

Número: **0000244-72.2018.8.17.3000**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Bom Jardim**

Última distribuição : **04/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.075,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado                      |                |
|--------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------|----------------|
| ELENILDO ARRUDA DA SILVA (AUTOR)                       |                    | EUEDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO)    |                |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    |                                                    |                |
| Documentos                                             |                    |                                                    |                |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                          | Tipo           |
| 59228317                                               | 13/03/2020 13:36   | <a href="#">2703003_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01</a> | Petição em PDF |



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

Processo: 00002447220188173000

**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 **ELENILDO ARRUDA DA 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 **21/02/2016**, restando permanentemente inválida.

Com base no próprio laudo pericial acostado, verifica-se que a pagamento realizado na esfera administrativa encontra-se acordo com percentual indenizável para as lesões suportadas.

Utilizando-se adequação legal do estipulado na avaliação médica juntada pelo autor, verifica-se que o percentual indenizável é de: **50% (grau moderado) de Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés**, de acordo com a tabela anexa da Lei 11.945/09.

**Assim, a aludida lesão corresponde exatamente ao valor pago administrativamente de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), portanto, não havendo de se falar em qualquer complementação.**

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/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

#### **DO MÉRITO**

#### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

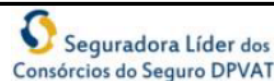
É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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, foi apurada a seguinte lesão:

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;



**PARECER DE PERÍCIA MÉDICA****DADOS DO SINISTRO**

Número: 3160475209 Cidade: Orobó Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ELENILDO ARRUDA DA SILVA Data do acidente: 21/02/2016 Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

**PARECER**

**Diagnóstico:** Fratura do navicular do pé direito  
**Descrição do exame médico pericial:** limitação moderada do apoio do pé direito, limitação funcional moderada do pé direito  
**Resultados terapêuticos:** Quadro tratado de forma conservadora, com imobilização gessada, durante 75 dias, quando retirou, e teve alta definitiva para fisioterapia.  
**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.  
**Sequelas:** Com sequela  
**Data da perícia:** 02/09/2016  
**Conduta mantida:**  
**Observações:**  
**Médico examinador:** JOSE CARLOS DE FRANCA LIMA  
**CRM do médico:** 5916  
**UF do CRM do médico:** PE

**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 pés | 50 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 25%       | R\$ 3.375,00          |
| Total                                  |                                              |                                                      | 25 %      | R\$ 3.375,00          |

**PRESTADOR**

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

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.

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



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 irratratável 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 inquirir 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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta 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 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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, após a parte ser submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, realizou-se o referido pagamento.

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 irratratável 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 inquirir 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.

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



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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

#### **DO LAUDO PERICIAL**

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme se depreende dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **21/02/2016**.

Ademais, em sede administrativa a vítima foi submetida a avaliação médica realizada por dois profissionais especializados, sendo um na figura de revisor, e, após detida avaliação houve pagamento administrativo na razão de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais) de acordo com o grau das lesões apresentadas à época do referido exame.

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 parciais.

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 STJ<sup>3</sup>.

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, que é exatamente o caso dos autos, conforme faz prova o documento à fl., apresentado pelo autor.

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

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

<sup>3</sup> **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.”



| Danos Corporais Segmentares (Parciais)                | Percentuais | Valor da Indenização |
|-------------------------------------------------------|-------------|----------------------|
| Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais  | das Perdas  |                      |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés | 50          | R\$ 6.750,00         |

2) 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%.

| Repercussão         | Valor da Indenização                                        |
|---------------------|-------------------------------------------------------------|
| 50% (grau moderado) | R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais) |

**ASSIM, A ALUDIDA LESÃO CORRESPONDE EXATAMENTE AO VALOR PAGO ADMINISTRATIVAMENTE DE R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS), PORTANTO, NÃO HÁ DE SE FALAR EM QUALQUER COMPLEMENTAÇÃO.**

#### 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 pátrios<sup>4</sup>, 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 citação<sup>5</sup>.

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 ação<sup>6</sup>

<sup>4</sup>“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).

<sup>5</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”



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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

---

<sup>6</sup> art. 1º . (...)

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





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,

BOM JARDIM, 5 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



### QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

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

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

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

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

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

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

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

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

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



### TABELA DE GRADAÇÃO

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



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ELENILDO ARRUDA DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BOM JARDIM**, nos autos do Processo nº 00002447220188173000.

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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Número: **0000244-72.2018.8.17.3000**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Bom Jardim**

Última distribuição : **04/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.075,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado                  |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------|--------------------|
| ELENILDO ARRUDA DA SILVA (AUTOR)                       |                    | EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    |                                                |                    |
| Documentos                                             |                    |                                                |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                      | Tipo               |
| 59228319                                               | 13/03/2020 13:36   | <a href="#">ANEXO 1</a>                        | Outros (Documento) |

Compartimento de materiais

CPF nº 080-362.524-63, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

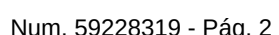
|                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | RUA EDSON ALVARES        |
| Número                            | 102                      |
| Apto / Complemento                | CASA                     |
| Bairro                            | CENTRO                   |
| Cidade                            | MACHADOS                 |
| Estado                            | PERNAMBUCO               |
| CEP                               | 55740-000                |
| Telefone de Contato               | (81) 9706-5834-9696-4979 |
| E-mail                            | edsonalvares@hotmail.com |

Local e Data: Aracaju, 27 de Junho de 2016

Assinatura do Declarante: Emilide Augusto da Silva

1. *Phragmites australis* (Cav.) Trin. ex Steud.







PREFEITURA MUNICIPAL DE MACHADOS

O Renascer  
Uma nova história.



## HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 21/09/2016 HORA: 20:55h

EMERGÊNCIA:

REGISTRO:

NOME: Elenildo Arruda da Silva

SEXO: M IDADE: 27 ESTADO CIVIL: Solt DATA NASC.: 10/10/86

ENDEREÇO: Rua: Edeon Alvaes - Machados

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Luciano A. da Silva

QUEIXAS: União

Don e esposa em deito físico físico  
Após acidente automobilístico

- Traumatismo leve na lombar e região

- Mobilização

- Voltar a trabalhar

- Duas semanas de tratamento

- ( ) INTERNAÇÃO  
( ) TRANSFERIDO  
(X) OBSERVAÇÃO  
( ) ÓBITO  
( ) ALTA

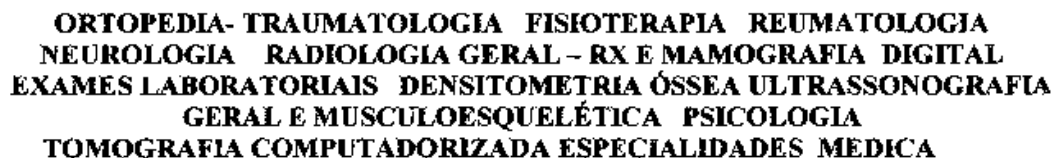
CÓDIGO PROCEDIMENTO

MÉDICO

RECEPCIONISTA





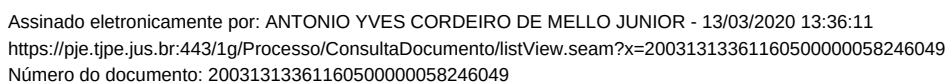


Declaro para os devidos fins, que o Sr. ELENILDO ARRUDA DA SILVA foi vítima de acidente de trânsito no dia 21/02/2016 sofrendo FRATURA DO NAVICULAR PÉ DIREITO submetido a tratamento conservador com imobilização gessada. Atualmente apresenta dor e edema no médio pé direito (OSTEOARTROSE PÓS TRAUMÁTICA). Sequelas e alta médica definitiva.

Roberto de Castro Costa

Dr. Roberto de Castro Costa  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 117307/SP - 732

**RUA ANTONIO FERNANDES SALSA, Nº 314 LIMOEIRO-PE FONE: 81 3628-6133**  
**C.N.P.J: 12.230.762/0001-63**  
**e-mail: col.fraturas@yahoo.com.br**





PREFEITURA MUNICIPAL DE MACHADOS

O Renascer  
Uma nova história.



## HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 21/09/2016 HORA: 20:55h

EMERGÊNCIA:

REGISTRO:

NOME: Elenildo Arruda da Silva

SEXO: M IDADE: 27 ESTADO CIVIL: Solt DATA NASC.: 10/10/86

ENDEREÇO: Rua: Edeon Alvaes - Machados

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Luciano A. da Silva

QUEIXAS: União

Don e esposa em deuto físico físico  
Após acidente automobilístico

- Traumatismo leve na lombar e região cervical  
- Mobilização

- Voltar a trabalhar  
- Duas semanas de afastamento

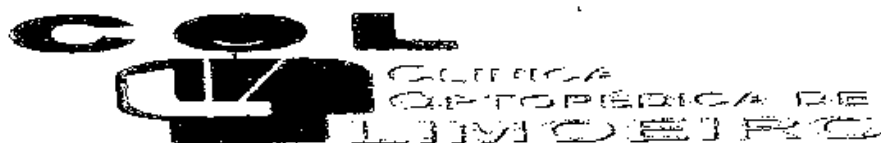
- ( ) INTERNAÇÃO  
( ) TRANSFERIDO  
(X) OBSERVAÇÃO  
( ) ÓBITO  
( ) ALTA

CÓDIGO PROCEDIMENTO

MÉDICO

RECEPCIONISTA





**ORTOPEDIA- TRAUMATOLOGIA FISIOTERAPIA REUMATOLOGIA  
NEUROLOGIA RADIOLOGIA GERAL - RX E MAMOGRAFIA DIGITAL  
EXAMES LABORATORIAIS DENSITOMETRIA ÓSSEA ULTRASSONOGRAFIA  
GERAL E MUSCULOESQUELÉTICA PSICOLOGIA  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ESPECIALIDADES MEDICA**

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. ELENILDO ARRUDA DA SILVA foi vítima de acidente de trânsito no dia 21/02/2016 sofrendo FRATURA DO NAVICULAR PÉ DIREITO submetido a tratamento conservador com imobilização gessada. Atualmente apresenta dor e edema no médio pé direito (OSTEOARTROSE PÓS TRAUMÁTICA). Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 09/05/2016

*Roberto de Castro Costa*

**ROBERTO DE CASTRO COSTA  
CRM: 11.730**

*Dr. Roberto de Castro Costa*  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 11730/7101 : 7334

**RUA ANTONIO FERNANDES SALSA, Nº 314 LIMOEIRO-PE FONE: 81 3628-6133  
C.N.P.J: 12.230.762/0001-63  
e-mail: [col.fraturas@yahoo.com.br](mailto:col.fraturas@yahoo.com.br)**

59228319-09-02-2016 09:11:11



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO **06R-29**



*Elenildo Arruda da Silva*

CARTÃO DE IDENTIDADE

VAL DA EMPREGO O TERRITÓRIO NACIONAL

**7.860.876** **28/07/2005**

<< ELENILDO ARRUDA DA SILVA >>

<< SEBASTIÃO ARRUDA DA SILVA >>

<< CECÍLIA DIAS DA SILVA >>

MACHADOS - PE **10/03/1988**

<< CN 8721 LAZ F 185V CART DE MACHADOS-PE 05.05.2000 >>

*4RL*  
*14/03/2005*

ASSEMBLEIA DO DIPLOMA

11-05-2004-02

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

**0.003.324-03**

ELENILDO ARRUDA DA SILVA

10/03/1988

Domínios de Identificação

0012

Cartão de identificação do titular do domínio

FE 02005

**BANCO DO BRASIL**







Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE REG



INVALIDEZ PERMANENTE - DAMS ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ELENILDO ARRUDA DA SILVA  
 DATA DO ACIDENTE 27.02.2016 CPF DA VÍTIMA 080.302.524.63  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ELENILDO ARRUDA DA SILVA  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É ELENILDO ARRUDA DA SILVA  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA EDSON ALVARES  
 Nº 102 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO  
 CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55740-000  
 E-MAIL edson.alvares@ig.com.br TELEFONE (81) 9706-5834

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

TE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### COS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECÍTUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES -

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.199/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

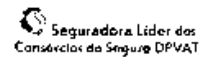
DATA 27/06/2016  
 IDENTIDADE 2957289  
 ASSINATURA Antônio YVES Cordeiro de Mello Junior

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 29-6-16 MATR. CORREIOS \_\_\_\_\_  
 NOME Maria Jose da Silva Araújo  
 AGENTE de Correios Aliv. Com.  
 ASSINATURA Maria Jose da Silva Araújo



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0989378/16  
Vítima: ELENILDO ARRUDA DA SILVA  
CPF: 080.302.524-63

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/02/2016  
Titular do CPF: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**ELENILDO ARRUDA DA SILVA : 080.302.524-63**

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](http://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.

#### Portador da documentação entregue

Data: 22/07/2016  
Nome: ELENILDO ARRUDA DA SILVA  
CPF/CNPJ: 080.302.524-63

ELENILDO ARRUDA DA SILVA

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 22/07/2016  
Nome: ISABEL CRISTINA MODESTO DOS SANTOS  
CPF: 015.685.637-95

ISABEL CRISTINA MODESTO DOS SANTOS



SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: [www.viverseguronotransito.com.br](http://www.viverseguronotransito.com.br)

|                           |  |                         |                           |
|---------------------------|--|-------------------------|---------------------------|
| REMETENTE / Sender        |  | TELEFONE / Phone Number |                           |
| ELENILDO ARRUDA DA SILVA  |  | 181 9706-5834           |                           |
| ENDEREÇO / Address        |  |                         |                           |
| RUA EDSON ALVARES, CENTRO |  |                         |                           |
| CEP / Zip                 |  | CIDADE / City           | UF / State PAIS / Country |
| 55740000                  |  | MACHADOS                | PE                        |

RECLAMAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160475209 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELENILDO ARRUDA DA SILVA **Data do acidente:** 21/02/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/08/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO NAVICULAR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PÉ 25%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS            | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|----------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                  |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160475209 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELENILDO ARRUDA DA SILVA **Data do acidente:** 21/02/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do navicular do pé direito

**Descrição do exame médico pericial:** limitação moderada do apoio do pé direito, limitação funcional moderada do pé direito

**Resultados terapêuticos:** Quadro tratado de forma conservadora, com imobilização gessada, durante 75 dias, quando retirou, e teve alta definitiva para fisioterapia.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 02/09/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** JOSE CARLOS DE FRANCA LIMA

**CRM do médico:** 5916

**UF do CRM do médico:** PE

### 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 pés | 50 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 25%       | R\$ 3.375,00          |
| Total                                  |                                              |                                                      | 25 %      | R\$ 3.375,00          |

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2016

Carta nº: 9487234

A/C: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

Sinistro: 3160475209 ASL-0989378/16  
Vitima: ELENILDO ARRUDA DA SILVA  
Data Acidente: 21/02/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01751/01752 - carta\_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2016

Carta nº: 9577635

A/C: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

Sinistro: 3160475209 ASL-0989378/16

Vítima: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

Data Acidente: 21/02/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

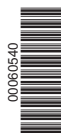
ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01079/01080 - carta\_02



Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2016

Carta nº: 9720022

A/C: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

Sinistro: 3160475209 ASL-0989378/16  
Vitima: ELENILDO ARRUDA DA SILVA  
Data Acidente: 21/02/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000002039-7

Conta: 000010016194-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 3.375,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = | R\$ | 3.375,00 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01713/01714 - carta\_15R



00020857



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3160475209 - 1  
Nome do(a) Examinado(a): ELENILDO ARRUDA DA SILVA  
Endereço do(a) Examinado(a): RUA EDSON ALVARES nº 53 - CENTRO - MACHADOS/PE  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 7860876 - SSP  
Data local do exame: 02/09/2016 SURUBIM/PE

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### Fratura do navicular do pé direito

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

#### Quadro tratado de forma conservadora, com imobilização gessada, durante 75 dias, quando retirou, e teve alta definitiva para fisioterapia.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

#### limitação moderada do apoio do pé direito, limitação funcional moderada do pé direito

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

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

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

**pé direito**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*)

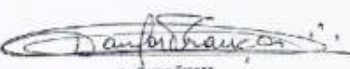
☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - SURUBIM, 02/09/2016

Médico Perito: JOSE CARLOS DE FRANCA LIMA CRM: 5916

  
Dr. José Carlos de Franca Lima  
CRM - PE 5916

Assinatura do perito Examinador - CRM



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA \_\_\_\_\_



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ELENILDO ARAÚJO DA SILVA  
PORTADOR(A) DO RG Nº 7.860.876 EXPEDIDO POR SMS-PE EM 99/07/05  
CPF 080302524-03 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR  
E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ELENILDO ARAÚJO DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 145/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 03 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2039-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16.194-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Orbão PE 21 de junho de 2016 Elenildo Araújo da Silva  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
10/05/2016 - Autoatendimento - 10:17:42  
203971976 0547

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPOSITO EM POUpanca - DINHEIRO

FAVORECIDO  
CLIENTE ELENILDO ARRUDA DA SILVA  
AGENCIA: 2039-7 CONTA: 16.194-2  
VARIACAO 51  
VALOR TOTAL \* 50.00  
NR. ENVELOPE 2.352.816.843

\* Valor sujeito a conferencia.

\* Dados do Envelope: nº 2.352.816.843

\* acolhido em: 10/05/2016, na Agência 2039-7.

DECLARO-ME CLIENTE E DE ACORDO QUE OS  
CREDITOS EM POUpanca EFETUADOS A PARTIR  
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS  
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATE A OPERACAO  
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informacoes.

10/05/2016 10:17:42 203971976 0547







1ª Via

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

B.O. Nº 1628319-000000

Boletim de Ocorrência



|                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |                                                                                                            |                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Unidade Operacional<br><b>22º BPM</b>                                                                                                                                                                                            | Circunscrição<br><b>OROBÓ</b>             | Data de Registro<br><b>21/02/2016</b>                                                                      | Hora do Registro<br><b>20:55</b>                                                                                           |
| Descrição a Natureza<br><b>H - 02 / ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS</b>                                                                                                                                                |                                           | Aviso de Ocorrências do CIOI<br>Nº                                                                         |                                                                                                                            |
| Data (dd/mm/aa)<br><b>21/02/2016</b>                                                                                                                                                                                             | Hora (hh:mm)<br><b>20:40</b>              | <input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida<br><input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida | <input checked="" type="checkbox"/> Consumado<br><input type="checkbox"/> Tentado                                          |
| Circunscrição do Fato<br><b>OROBÓ</b>                                                                                                                                                                                            |                                           | <input type="checkbox"/> Culposos<br><input type="checkbox"/> Doloso                                       |                                                                                                                            |
| Local Principal da Ocorrência<br><b>ESTRADA DE TERRA PLANAGEM - VILA MACHADINHO</b>                                                                                                                                              |                                           | <input type="checkbox"/> Fleja<br><input type="checkbox"/> Alto                                            |                                                                                                                            |
| Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)<br><b>ESTRADA DE TERRA PLANAGEM</b>                                                                                                                                                     |                                           | Número<br><b>1</b>                                                                                         |                                                                                                                            |
| Complemento (Apto, Sala, Andar)<br><b>VIA PÚBLICA</b>                                                                                                                                                                            |                                           | CEP<br><b>55745-0</b>                                                                                      |                                                                                                                            |
| Município<br><b>OROBÓ</b>                                                                                                                                                                                                        | UF<br><b>PE</b>                           | Ponto de Referência<br><b>VILA MACHADINHO</b>                                                              |                                                                                                                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURIS                |                                           |                                                                                                            |                                                                                                                            |
| Nome / Razão Social<br><b>ELENILDO ARRUDA DA SILVA</b>                                                                                                                                                                           |                                           |                                                                                                            |                                                                                                                            |
| Pai<br><b>SEBASTIÃO ARRUDA DA SILVA</b>                                                                                                                                                                                          |                                           |                                                                                                            |                                                                                                                            |
| Mãe<br><b>CECÍLIA DIAS DA SILVA</b>                                                                                                                                                                                              |                                           |                                                                                                            |                                                                                                                            |
| Apelido / Nome Fantasia                                                                                                                                                                                                          |                                           | Sexo XM<br><b>F</b>                                                                                        | Estado Civil<br>1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não informado<br>2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a) |
| Data de Nascimento<br><b>10/03/1966</b>                                                                                                                                                                                          | Idade aparente<br><b>[ ]</b>              | 1. Recém-nascido / Lactante<br>2. Criança (1-12 anos)<br>3. Adolescente (13-17 anos)                       | 4. Adulto - Jovem (18-30 anos)<br>5. Adulto (31-65 anos)<br>6. Idoso (Acima de 65 anos)                                    |
| X RG <input type="checkbox"/> CNH                                                                                                                                                                                                |                                           | Órgão Expedidor<br><b>SDA</b>                                                                              | UF<br><b>PE</b>                                                                                                            |
| <b>7.360.876</b>                                                                                                                                                                                                                 |                                           | X CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?                                   | Órgão Expedidor<br><b>SRF</b>                                                                                              |
| Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)<br><b>RUA EDSON ALVARES</b>                                                                                                                                                             |                                           | <b>060.302.524-63</b>                                                                                      | Naturalidade<br><b>MACHADOS - PE</b>                                                                                       |
| Número                                                                                                                                                                                                                           |                                           | Complemento<br><b>CASA</b>                                                                                 |                                                                                                                            |
| Beiró<br><b>CENTRO</b>                                                                                                                                                                                                           | CEP<br><b>55740-000</b>                   | Município<br><b>MACHADOS</b>                                                                               | UF<br><b>PE</b>                                                                                                            |
| Telefone / Contato (DDD-Número)                                                                                                                                                                                                  |                                           |                                                                                                            |                                                                                                                            |
| Altura Aparente<br><b>[ ]</b>                                                                                                                                                                                                    | 1. Até 0,5m<br>2. 0,6-1,0m<br>3. 1,1-1,5m | 4. 1,51-1,70m<br>5. 1,71-1,90m<br>6. Acima de 1,90m                                                        | Peso<br><b>[ ]</b>                                                                                                         |
| Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)                                                                                                                                                                                                  |                                           | 1. Até 20kg<br>2. 21-40kg<br>3. 41-60kg                                                                    | 4. 61-80kg<br>5. 81-100kg<br>6. Acima de 100kg                                                                             |
| Profissão<br><b>AGRICULTOR</b>                                                                                                                                                                                                   |                                           | Cor da Pele<br><b>[ ]</b>                                                                                  | 1. Parda<br>2. Branca<br>3. Negra<br>4. Amarela                                                                            |
| Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)                                                                                                                                                                                   |                                           | Bíode<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                         |                                                                                                                            |
| Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)                                                                                                                                                                                             |                                           | Defeito Físico (Descrever)                                                                                 |                                                                                                                            |
| Dentes (Descrever)                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                                                                            |                                                                                                                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA    Sim X Não |                                           |                                                                                                            |                                                                                                                            |
| Nome / Razão Social<br><b>VALDIR GOMES DA SILVA</b>                                                                                                                                                                              |                                           |                                                                                                            |                                                                                                                            |
| Pai<br><b>MANOEL FRANCISCO DA SILVA</b>                                                                                                                                                                                          |                                           |                                                                                                            |                                                                                                                            |
| Mãe<br><b>JOSEFA FRANCISCA DA SILVA</b>                                                                                                                                                                                          |                                           |                                                                                                            |                                                                                                                            |
| Apelido / Nome Fantasia                                                                                                                                                                                                          |                                           | Sexo XM<br><b>F</b>                                                                                        | Estado Civil<br>1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não informado<br>2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a) |
| Data de Nascimento<br><b>20/06/1956</b>                                                                                                                                                                                          | Idade aparente<br><b>[ ]</b>              | 1. Recém-nascido / Lactante<br>2. Criança (1-12 anos)<br>3. Adolescente (13-17 anos)                       | 4. Adulto - Jovem (18-30 anos)<br>5. Adulto (31-65 anos)<br>6. Idoso (Acima de 65 anos)                                    |
| X RG <input type="checkbox"/> CNH                                                                                                                                                                                                |                                           | Órgão Expedidor<br><b>SSP</b>                                                                              | UF<br><b>PE</b>                                                                                                            |
| <b>1.386.112</b>                                                                                                                                                                                                                 |                                           | X CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?                                   | Órgão Expedidor<br><b>OROBÓ</b>                                                                                            |
| Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)<br><b>VILA MACHADINHO</b>                                                                                                                                                               |                                           | Número<br><b>S/N</b>                                                                                       | Complemento<br><b>CASA</b>                                                                                                 |
| Beiró<br><b>ZONA RURAL</b>                                                                                                                                                                                                       | CEP<br><b>55745-000</b>                   | Município<br><b>OROBÓ</b>                                                                                  | UF<br><b>PE</b>                                                                                                            |
| Telefone / Contato (DDD-Número)                                                                                                                                                                                                  |                                           |                                                                                                            |                                                                                                                            |
| Altura Aparente<br><b>[ ]</b>                                                                                                                                                                                                    | 1. Até 0,5m<br>2. 0,6-1,0m<br>3. 1,1-1,5m | 4. 1,51-1,70m<br>5. 1,71-1,90m<br>6. Acima de 1,90m                                                        | Peso<br><b>[ ]</b>                                                                                                         |
| Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)                                                                                                                                                                                                  |                                           | 1. Até 20kg<br>2. 21-40kg<br>3. 41-60kg                                                                    | 4. 61-80kg<br>5. 81-100kg<br>6. Acima de 100kg                                                                             |
| Profissão<br><b>AGRICULTOR</b>                                                                                                                                                                                                   |                                           | Cor da Pele<br><b>[ ]</b>                                                                                  | 1. Parda<br>2. Branca<br>3. Negra<br>4. Amarela                                                                            |
| Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)                                                                                                                                                                                   |                                           | Bíode<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                         |                                                                                                                            |
| Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)                                                                                                                                                                                             |                                           | Defeito Físico (Descrever)                                                                                 |                                                                                                                            |
| Dentes (Descrever)                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                                                                            |                                                                                                                            |

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCOSERVIÇO REGISTRAL E HUMANIZAÇÃO DE PERNAMBUCO  
Município de Aguararã - 15 - 5213650-1156. CEP: 52136-500  
AUTENTICO conforme o original apresentado. Maria da  
PE, 20/06/2016. **MACIEL**  
Causado nos Santos Escrivão do Cartório de  
27/08 - 13063 81 0432 - FERC: 05 032 - Total: 372  
R\$ 372 - 13063 81 0432 - FERC: 05 032 - Total: 372  
R\$ 372 - 13063 81 0432 - FERC: 05 032 - Total: 372  
R\$ 372 - 13063 81 0432 - FERC: 05 032 - Total: 372

Cópia impressa em 21/02/2016 às 20:55

Cópia impressa em 21/02/2016 às 20:55

Assinatura do Interessado(a):

Assinatura do responsável pelo preenchimento:





1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

B.O. Nº 16E0216000083

1ª Parte

2ª

|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                             |                     |                               |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------|---------------------|-------------------------------|
| Fato                                                      | Unidade Operacional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Circunscrição  | Data ou Registro            | Hora do Registro    | Nº da Folha / Total de Folhas |
|                                                           | 22º BPM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | OROSÓ          | 21/02/2016                  | 20:55               | 02/02                         |
|                                                           | Forma de Aproximação?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                | Forma de Ação da Abordagem? |                     |                               |
|                                                           | Local de Entrada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                | Forma de Entrada?           |                     |                               |
|                                                           | Alterações no Local?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                | Forma de Evasão?            |                     |                               |
| Modus Operandi                                            | Crimes Sexuais?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                | Estelionato?                |                     |                               |
|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                             |                     |                               |
| Objeto Envolvido                                          | Envolvido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tipo de Objeto | Marca / Modelo              | Número de Série     |                               |
|                                                           | Quantidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Valor          | Moeda                       | Objeto Apreendido?  |                               |
|                                                           | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                             |                     |                               |
|                                                           | Qual o motivo do registro do objeto?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                             |                     |                               |
|                                                           | Envolvido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tipo de Objeto | Marca / Modelo              | Número de Série     |                               |
|                                                           | Quantidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Valor          | Moeda                       | Objeto Apreendido?  |                               |
|                                                           | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                             |                     |                               |
|                                                           | Qual o motivo do registro do objeto?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                             |                     |                               |
|                                                           | Envolvido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tipo de Objeto | Marca / Modelo              | Número de Série     |                               |
|                                                           | Quantidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Valor          | Moeda                       | Objeto Apreendido?  |                               |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                             |                     |                               |
| Qual o motivo do registro do objeto?                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                             |                     |                               |
| Dados do Veículo                                          | Envolvido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Marca / Modelo | Cor                         | Ano                 | Renavan                       |
|                                                           | UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Chassi         | Placa                       | Veículo Apreendido? |                               |
|                                                           | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                             |                     |                               |
|                                                           | Qual o motivo do registro do veículo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                             |                     |                               |
|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                             |                     |                               |
| Dados do Veículo                                          | Envolvido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Marca / Modelo | Cor                         | Ano                 | Renavan                       |
|                                                           | UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Chassi         | Placa                       | Veículo Apreendido? |                               |
|                                                           | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                             |                     |                               |
|                                                           | Qual o motivo do registro do veículo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                             |                     |                               |
|                                                           | ENVOLVIDO NO ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                             |                     |                               |
| Complementos                                              | Ao tomar conhecimento de um acidente de trânsito na estrada de terra planagem, na vila Machadinho, a Viatura deslocou-se ao local constatou a veracidade do fato, onde a motocicleta de placa KLO3849-PE, de propriedade da Sr Adenir Jose da Silva, conduzido pela vítima Elenildo Arruda da Silva, que ao ser trancado por um veículo de placa e condutor não identificado, perdeu o controle e caiu, sofrendo vários ferimentos, sendo socorrido para o Hospital Edson Alvares e devido às gravidades dos ferimentos foi transferida para outro centro Hospitalar. |                |                             |                     |                               |

|                                               |  |                                                                 |               |                              |                                                                 |
|-----------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Exames Periciados: S. Solicitado R. Realizado |  |                                                                 |               |                              |                                                                 |
| Tipo de Exame                                 |  | Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R | Tipo de Exame |                              | Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R |
| Conductor <input type="checkbox"/> Recebedor  |  | Matrícula                                                       | Viatura       |                              | Unidade                                                         |
| Responsável pelo Preenchimento                |  | Interessado(a):                                                 |               | Preenchimento pela Validação |                                                                 |
| Matrícula                                     |  | Ass.:                                                           |               | Matrícula Nº                 |                                                                 |
| Ass.:                                         |  | Ass.:                                                           |               | Ass.:                        |                                                                 |
| Nome:                                         |  | Nome:                                                           |               | Nome:                        |                                                                 |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCO  
SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE OROSÓ-PE, R. Prof.  
Mariano de Aguiar, 15 - (81) 3658.1188. OPI/16  
AUTENTICA, conforme o original apresentado, DO  
PE, Orosó, 20/02/2016. Visto e assinado, Maria da  
Conceição dos Santos Escrivão do Cartório: R\$  
2,78 - TFR: R\$ 0,62 - PERC: R\$ 0,32 - Totais:  
R\$ 3,72 - oficialunico.oro@gmail.com  
Belo(s) 0077602.RTF04201601.00405



REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| DADOS DA NOTIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Município de Notificação                                                                                                                                                                                                                                                                                         | MACHADOS - PE                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Cores                               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Unidade Sentinela                                                                                                                                                                                                                                                                                                | H.E.A.                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CHES                                | Vítima Nº          |
| DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Data do atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 21-02-2016                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Número de Registro / Prontuário     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ELENILDO ARRUDA DA SILVA                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Sexo                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 1 Masculino                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 2 Feminino                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 9 Ignorado | Data de nascimento |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Idade                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 29 ANOS                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 9 Ignorado | Ocupação           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Município de residência                                                                                                                                                                                                                                                                                          | MACHADOS - PE                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Código IBGE                         |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Raça/cor                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input checked="" type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 5 Indígena <input type="checkbox"/> 9 Ignorada |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |
| DADOS DO ACIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Município onde ocorreu o acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Zona de ocorrência                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | Código IBGE        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Endereço do acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Data do acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Dia da semana do acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                           | Tipo de vítima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 DOM <input type="checkbox"/> 2 SEG <input type="checkbox"/> 3 TER <input type="checkbox"/> 4 QUA <input type="checkbox"/> 5 QUI <input type="checkbox"/> 6 SEX <input type="checkbox"/> 7 SAB                                                                              |                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 1 Condutor <input type="checkbox"/> 2 Passageiro <input type="checkbox"/> 3 Passageiro conduzido inadequadamente <input type="checkbox"/> 4 Passageiro em veículo inadequadamente <input type="checkbox"/> 5 Ignorado                                                                                                |                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Acidente relacionado ao trabalho?                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                           | Tipo de acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 1 Colisão entre veículos <input type="checkbox"/> 2 Abalo veicular <input checked="" type="checkbox"/> 3 Tomada de curva inadequada <input type="checkbox"/> 4 Outros                                                                                                                                                           |                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Moto de locomoção da vítima no momento do acidente                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                           | Outro fator relacionado ao acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 A pé <input type="checkbox"/> 2 Automotriz <input checked="" type="checkbox"/> 3 Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 Cadeira <input type="checkbox"/> 6 Veículo acionado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 8 Outro |                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 1 Assaltos <input type="checkbox"/> 2 Homicídios <input type="checkbox"/> 3 Furtos <input type="checkbox"/> 4 Cadeia <input type="checkbox"/> 5 Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 Animal <input type="checkbox"/> 7 Veículo parado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> 8 Não se aplica |                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Estado de consciência                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                           | Estado de consciência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Uso de cinto pelo condutor                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                           | Uso de cinto pelo condutor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                    |
| Outro fator relacionado ao acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |
| Moto de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 Veículo particular <input type="checkbox"/> 2 Viatura policial <input type="checkbox"/> 3 SAAU <input type="checkbox"/> 4 Resgate humanitário <input type="checkbox"/> 5 Ambulância <input type="checkbox"/> 6 Cadeia <input type="checkbox"/> 7 A pé <input type="checkbox"/> 8 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |
| Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 Consciente <input type="checkbox"/> 2 Inconsciente <input type="checkbox"/> 3 Morto <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |
| Transferência da vítima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |
| <input type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |
| Evolução                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |
| <input type="checkbox"/> 1 Alta <input type="checkbox"/> 2 Encaminhamento Ambulatorial <input checked="" type="checkbox"/> 3 Internação Hospitalar <input type="checkbox"/> 4 Encaminhamento para outro serviço <input type="checkbox"/> 5 Evolução final <input type="checkbox"/> 6 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |
| NOTIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Responsável pelo atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Observações                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |

SEMPRE ASSINAR LÍDER EMPIR 3 05-01-2016 09:02 161178 1/1



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/09/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000010016194-4

---

---

Nr. da Autenticação 3A699209D1C7BD4F

