



Número: **0000315-73.2019.8.17.2310**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **08/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE DOMINGOS 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
59291 806	16/03/2020 10:35	<u>2703005_CONTESTACAO_01</u>	Petição em PDF



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

Processo: 00003157320198172310

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 **JOSE DOMINGOS 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 **17/07/2018**, restando permanentemente inválida.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 10:35:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031610350173800000058308082>
Número do documento: 20031610350173800000058308082

Num. 59291806 - Pág. 1

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DA IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO

PROCURAÇÃO DESATUALIZADA

Inicialmente cumpre informar que mediante análise dos autos verifica-se que o não há nos autos procuração atualizada.

Vejamos o entendimento do STJ:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. AUSÊNCIA DE INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO OU SUBSTABELECIMENTO DA ADVOGADA SUBSCRITORA DO RECURSO. RECURSO ASSINADO ELETRONICAMENTE. IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 115/STJ.

1. "A prática eletrônica de ato judicial, na forma da Lei n. 11.419/2006, reclama que o titular do certificado digital utilizado possua procuração nos autos, sendo irrelevante que na petição esteja ou não grafado o seu nome" (AgRg no REsp1.347.278/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, CORTE ESPECIAL, julgado em 19/6/2013, DJe 1º/8/2013.).
2. Nos termos da jurisprudência do STJ, a identificação de quem peticiona nos autos é a proveniente do certificado digital, independentemente da assinatura que aparece na visualização do arquivo eletrônico.
3. "A juntada posterior do instrumento de procuração ou substabelecimento não tem o condão de sanar o vício contido no recurso manejado, ante a inaplicabilidade dos arts.

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

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



13 e 37 do CPC no âmbito dos recursos excepcionais. Precedentes da Corte Especial e da 1ª Seção do STJ" (AgRg no REsp 1.450.269/RJ, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 25/11/2014, DJe 2/12/2014.).

AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 724.319 – BA (2015/0134460-5)

Neste sentido é importante consignar que referido documento é de suma importância a esses autos, eis que, para que a representação da parte seja válida é necessária a outorga de mandado atualizada.

Diante do exposto, em face da irregularidade na representação processual da parte autora requer intimação da mesma para sanar o vício ora anunciado, sob pena de indeferimento da petição inicial.

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontrovertido 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), após a regulação do sinistro.

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

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180481950 Cidade: Orobó Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA Data do acidente: 17/07/2018 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal direito com lesão cápsulo-ligamentar

Descrição do exame Vítima queixa de dor em punho direito. Ao exame: redução moderada da flexoextensão e prono-supinação do punho médico pericial: direito

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico e fisioterapia da qual teve alta há 30 dias

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/11/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 10:35:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031610350173800000058308082>
Número do documento: 20031610350173800000058308082

Num. 59291806 - Pág. 4

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 irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

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

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

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 17/07/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:

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: 13/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DOMINGOS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000010016915-5

Nr. da Autenticação BF89EA19CB93B446

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 10:35:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031610350173800000058308082>
Número do documento: 20031610350173800000058308082

Num. 59291806 - Pág. 5

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

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



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO 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 impossibilidade a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

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

⁸art. 1º . (...)

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



CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

Para fins do expresso 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. RAFAELA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOM JARDIM, 6 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 10:35:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031610350173800000058308082>
Número do documento: 20031610350173800000058308082

Num. 59291806 - Pág. 8

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 GRAADAÇÃO

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 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					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 10:35:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031610350173800000058308082>
 Número do documento: 20031610350173800000058308082

Num. 59291806 - Pág. 10

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 nº 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 **JOSE DOMINGOS DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BOM JARDIM**, nos autos do Processo nº 00003157320198172310.

Rio de Janeiro, 6 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 10:35:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031610350173800000058308082>
Número do documento: 20031610350173800000058308082

Num. 59291806 - Pág. 11



Número: **0000315-73.2019.8.17.2310**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **08/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE DOMINGOS 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
59291 807	16/03/2020 10:35	<u>ANEXO 1</u>

OUT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180481950

Nome do(a) Examinado(a): JOSE DOMINGOS DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua DR JOSE JANUARIO, 8 - Machados/PE - CEP 55740-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 4675808 - sds

Data e Local do Acidente : 17/07/2018 - Orobó

Data e Local do Exame : 08/11/2018 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 - CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do rádio distal direito com lesão cápsulo-ligamentar

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

Quadro submetido a tratamento cirúrgico e fisioterapia da qual teve alta há 30 dias

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

Vítima queixa de dor em punho direito. Ao exame: redução moderada da flexo-extensão e prono-supinação do punho direito

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

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

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
dano funcional do punho direito

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



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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal

punho direito

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

Região Corporal

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

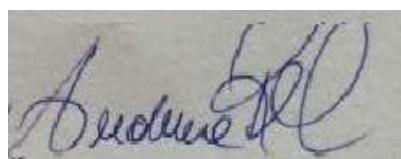
Região Corporal

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

Região Corporal

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

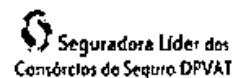
VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374877/18

Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA

CPF: 906.866.674-68

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 17/07/2018

Titular do CPF: JOSE DOMINGOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE DOMINGOS DA SILVA : 906.866.674-68

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018
Nome: JOSE DOMINGOS DA SILVA
CPF: 906.866.674-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

JOSE DOMINGOS DA SILVA

Elen Tais Alves Pereira



Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSÉ DOMINGOS DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 17-09-2018 CPF DA VITIMA 906.866.674-8
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOSÉ DOMINGOS DA SILVA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR W VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM
A VITIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR BRA DA JOSÉ JANUÁRIO
Nº 08 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ZONA RURAL
CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55740-000
E-MAIL obca.machados@bol.com.br TELEFONE (81) 99807-5455
99706.5824

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VITIMA (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 VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AITA DEFINITIVA.

BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO * MORTE = R\$ 11.500,00
* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE
DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.319/74.
* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR
VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO
COMPLETA.

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS
LISTADOS NESTE FORMULARIO.

PARA ACOMPANHAR O PÉRIGO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE
GRATUITAMENTE PARA O NÚMERO 0800 022 1204.

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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA 13-09-2018 DATA 27.09.2018
IDENTIDADE 4675808 NOME Maria José da Silva Melo
ASSINATURA Maria José da Silva Melo ASSINATURA Agente de Correios AV Com.
Mat. 8.503.340-0

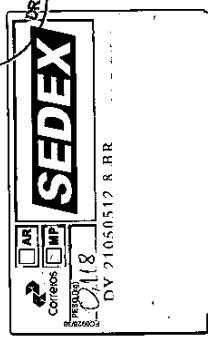


DESTINATÁRIO:

NOME OU RAZÃO SOCIAL - SEGURADORA LIDE DPVAT

ENDERECO - RUA SENADOR DANTAS Nº74, 15º ANDAR,
CENTRO.

CEP- 20031205 CIDADE- RIO DE JANEIRO UF- RJ



REMETENTE:

NOME OU RAZÃO SOCIAL - JOSÉ DOMINGOS DA SILVA

**ENDEREÇO - RUA DR. JOSÉ JANUÁRIO, Nº 08, ZONA
RURAL**

CEP- 55740-000 CIDADE- MACHADOS UF- PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180481950 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA **Data do acidente:** 17/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSINTESE - PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: %@ SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180481950 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA **Data do acidente:** 17/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSINTESE - PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: %@ SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total		12,5 %	R\$ 1.687,50	



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180481950 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA **Data do acidente:** 17/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal direito com lesão cápsulo-ligamentar

Descrição do exame Vítima queixa de dor em punho direito. Ao exame: redução moderada da flexoextensão e prono-supinação do punho
médico pericial: direito

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico e fisioterapia da qual teve alta há 30 dias

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/11/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180481950 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA **Data do acidente:** 17/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal direito com lesão cápsulo-ligamentar

Descrição do exame Vítima queixa de dor em punho direito. Ao exame: redução moderada da flexoextensão e prono-supinação do punho
médico pericial: direito

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico e fisioterapia da qual teve alta há 30 dias

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/11/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374877/18

Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA

CPF: 906.866.674-68

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/07/2018

Titular do CPF: JOSE DOMINGOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE DOMINGOS DA SILVA : 906.866.674-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018
Nome: JOSE DOMINGOS DA SILVA
CPF: 906.866.674-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

JOSE DOMINGOS DA SILVA

Elen Tais Alves Pereira



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 10:35:02
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031610350196800000058308083>
Número do documento: 20031610350196800000058308083

Num. 59291807 - Pág. 12



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180481950
Vitima: JOSE DOMINGOS DA SILVA
Data do Acidente: 17/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180481950**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13521713

Pag. 00531/00532 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 10:35:02
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031610350196800000058308083>
Número do documento: 20031610350196800000058308083

Num. 59291807 - Pág. 13



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Sinistro: 3180481950

Vítima: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Data do Acidente: 17/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180481950** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

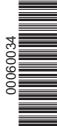
Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00067/00068 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13550311



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 10:35:02
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031610350196800000058308083>
Número do documento: 20031610350196800000058308083

Num. 59291807 - Pág. 14



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Autorização de pagamento

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de Indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

906.866.674.68

Nome completo da vítima

JOSÉ DOMINGOS DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JOSÉ DOMINGOS DA SILVA	CPF titular da conta	906.866.674.68	Profissão	AGRICULTOR
Endereço	RUA DR. JOSÉ JANUÁRIO	Número	08	Complemento	CASA
Bairro	ZONA RURAL	Cidade	MACHADOS	Estado	RE
Email	Telefone (DDD) 131 998075455				

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA
NRO. **2039** D/V **7** CONTA
NRO. **76.915** D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA
NRO. _____ D/V _____ CONTA
NRO. _____ D/V _____

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

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Orobó, PE, 13 de setembro de 2018
Local e Data

José Domingos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

BANCO: 0001
AGENCIA: 02039
CONTA: 0000000016915- 3
FAVORECIDO: JOSE DORINGOS DA SILVA



1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR

B.O.N° 18E021500263

1ª VIA

Transcrição de registro (Fato)	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição OROBÓ	BOLETIM DE OCORRÊNCIA			Registro 17 / 07 / 2018	Hora do Registro 18:00	Nº de Folia / Total de Folhas 1ª Parte 01/02
	Descrição e Natureza ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL					Aviso de Ocorrências do CIODS Nº -		
Data (dd/mm/aa) 17 / 07 / 2018	Hora (hh:mm) 17:28	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida <input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida	<input checked="" type="checkbox"/> Consumado <input type="checkbox"/> Tentado	<input checked="" type="checkbox"/> Culposo <input type="checkbox"/> Doloso	<input type="checkbox"/> Flagrante <input type="checkbox"/> Ato Infraçional			
Circunscrição do Fato OROBÓ		Local Principal da Ocorrência SITIO MANIBU			Boletim de ocorrência			
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) ESTRADA DE TERRA PLANAGEM								
Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA		Bairro ZONE RURAL						
Município OROBÓ		UF PE	Ponto de Referência SITIO MANIBU					
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> IMPULTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> TURISTA	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome / Razão Social JOSE DOMINGOS DA SILVA								
Pai JOSE ANTONIO FILHO								
Mae MARIA FIGUEREDO DA SILVA								
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil [7]	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(e) 7. Não informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)				
Data de Nascimento 10/07/1973	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade [7]	1.º Grau Completo 2.º Grau Incompleto 3.º Grau Completo 4.º Grau Incompleto	7. Não informado 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto		
X RG 4.676.808	CNH SDS	Órgão Expedidor PE	X CPF 906.866.674-68	UF PE	Órgão Expedidor SRF	Naturalidade MACHADOS-PE		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA DR JOSE JANUÁRIO					Número 8	Complemento CASA		
Bairro ZONE RURAL		CEP 56740-000	Município MACHADOS		UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)		
Altura Aparente []		Peso []	1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m	4. Até 20kg 5. 61-80kg 2. 21-40kg 6. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	Cór da Pele []	1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela	Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão AGRICULTOR			Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)			
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)			Dentes (Descrever)			
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> IMPULTADO	SUSPEITO	X TESTEMUNHA	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> TURISTA	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome / Razão Social JOÃO PEDRO DO NASCIMENTO SILVA								
Pai JOAQUIM DO NASCIMENTO SILVA								
Mae MARIA HENRIQUE DA SILVA NASCIMENTO								
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F	Estado Civil [7]	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(e) 7. Não informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)				
Data de Nascimento [5]	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade [7]	1.º Grau Completo 2.º Grau Incompleto 3.º Grau Completo	7. Não informado 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto		
X RG NÃO PORTAVA	CNH SDS	Órgão Expedidor PE	X CPF NÃO PORTAVA	UF PE	Órgão Expedidor SRF	Naturalidade OROBÓ-PE		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SITIO MANIBU					Número S/N	Complemento CASA		
Bairro ZONE RURAL		CEP 56745-000	Município OROBÓ		UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)		
Altura Aparente []		Peso []	1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m	4. Até 20kg 5. 61-80kg 2. 21-40kg 6. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	Cór da Pele []	1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela	Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO AGRICULTOR			Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)			
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)						

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE
Rua Professor Mário de Aguiar, 26 - Centro - Orobó-PE CEP: 56745-000
Fone: (81) 3656-1180 - Email: servnotorio.orobo@gmail.com

CÓPIA AUTÉNTICA - Conforme o original apresentado.
Data: 18/07/2018
Gustavo Adelberto de França Silva - Testemunha do
Cartório: R\$ 3,07 - TSU: R\$ 0,60 - FTE: R\$ 0,34 - Total: R\$ 4,09
Endereço: orobonotario@gmail.com,
Selo(s) 0077602, SG303201801.00241

1ª Via

**ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

B.O N° JBE021500263

Série-A

Fato Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição ÓROBÓ		Data do Registro 17/07/2018	Hora do Registro 18:00	Nº de FOLHA / Total de Folhas 02/02
	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?		
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?		
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?		
Notas Operacionais	Crimes Sexuais?		Estelionato?		
	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?				
Objeto Encontrado Nº	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
Dados do Veículo Nº	Envolvido	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
	UF	Chassi	Placa		Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
	Qual o motivo do registro do veículo?				
	Envolvido	UF	Marca / Modelo 01 HONDA/NXR150 BROS ESD	Cor PRETA	Ano 2012
Nº	UF	Chassi PE 9C2KD0540CR547999	Placa PGF3596	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
	Qual o motivo do registro do veículo?				
	Envolvido no Acidente de trânsito				
	A vítima José Domingos da Silva estava pilotando a Moto Yamaha de placa PGF3596-PE, de sua propriedade, quando sobrou em uma curva, perdeu o controle da Moto e caiu, a vítima mencionada sofreu vários ferimentos, sendo socorrida para o Hospital Severino Távora nesta cidade e em consequência das gravidades dos ferimentos foi socorrido para outra unidade médica 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 checked="" type="checkbox"/> R	Tipo de Exame	Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R
<input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Recebedor		Matrícula		Vitima	Unidade
Responsável	Responsible pelo Preenchimento		Preenchimento pela Verificação		
Matrícula Nº Ass.: Nome: John R. Souza Matos CPF: 273.604.404-59 Tenente RR/P.M	Interessado(a): Ass.: Nome:		Matrícula Nº Ass.: Nome:		

SERVENTE REGISTRAL E NOTARIAL DE ÓROBÓ-PE
Rua Professor Manoel do Aguiar, 20 - Município: Orobó-PE CEP: 55745-000
Fone: (81) 3855-1165 - E-mail: oficialuntn.orobon@gmail.com

CÓPIA AUTÉNTICA, conforme o original apresentado.
Data: 18/07/2018.
Assunto: Gustavo Adalberto de França Silveira
Cartorio: R\$ 3,00 - TSN: R\$ 0,48 - FER: R\$ 0,34 - Total: R\$ 4,02
Assinante:
Selos(s): 0077602.RG00201801.00242





A TO CENTRO DE DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Comprovação de ato declaratório

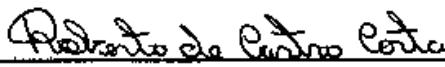


LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. JOSÉ DOMINGOS DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito no dia 17/07/2018 , no município de Orobó, sofrendo FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO , submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Memorial Guararapes (redução cirúrgica e fixação com placa e parafusos) . Atualmente apresenta ao exame físico limitação da flexo-extensão do punho direito e da pronossupinação do antebraço direito , com déficit da força de apreensão da mão direita. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 21/08/2018

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 11730 / TEC: 7334


ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730



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: 13/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DOMINGOS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000010016915-5

Nr. da Autenticação BF89EA19CB93B446



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 10:35:02
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031610350196800000058308083>
Número do documento: 20031610350196800000058308083

Num. 59291807 - Pág. 20

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ DOMINGOS DA SILVA,

RG nº 4675808, data de expedição 14/10/91, Órgão SSP-PE,

CPF nº 90686667468, 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 (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DR. JOSÉ JANUÁRIO</u>
Número	<u>08</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>MACHADOS</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55740-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99807 5455 - 99707 5834</u>
E-mail	<u>elvamariaid@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Orobó PE, 13 de setembro de 2018

Assinatura do Declarante: José Domingos das silva



06/08/2018

Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1364359143

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-06
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10438, de 26/04/02

COMERCIAL 0800 0810120 PRONTO 0800 0810196

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvíndia 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados

do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-

Ligação Grátis de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-

Ligação Grátis de telefones fixos e tarifada

na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE:
MARIA REJANE DA SILVA

DATA DE VENCIMENTO
10/08/2018

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL
03/08/2018

CONTA CONTRATO
7019471564

ENDEREÇO
RUA DR JOSE JANUARIO 8 --A -ZONA
RURAL MACHADOS/MACHADOS RURAL
-55740-000 MACHADOS PE -

TOTAL A PAGAR
R\$ 23,13

DATA DA APRESENTAÇÃO
03/08/2018

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO
04/07/2018 a 03/08/2018

CONSUMO
37

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do Imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
7019471564	08/2018	R\$ 23,13	10/08/2018	Evide dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838100000000 231300110076 019471564100 123419939232

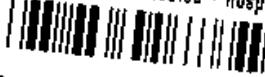
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

atendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home-neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?dest=... 1/1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/03/2020 10:35:02
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031610350196800000058308083
Número do documento: 20031610350196800000058308083

Num. 59291807 - Pág. 22



CÍRCULO OPERÁRIO DE OROBÓ
Hospital Severino Távora
CNPJ nº 10.605.798/0001-59
Rua 10 de Janeiro, N° 17 Centro
CEP: 55745-000 - Orobó - SE

Lemos
5441200

Dois Domingos da Semana

Encaminhamento à oftalmologia

Prta - vítima paciente com
meto apresentando dor
e edema com limitações
em ponto direito

Dr. Antônio L. Henrique
Médico
CRM: 25717

As cintas
ficaram
depois de dada.

17/03/2020
10:35:02





HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:	CÓDIGO	REVISÃO
GESTÃO DE PESSOAS	F.A.T.SAM.01	00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: José Domingos da Silva

REGISTRO: 754672 DATA DE NASCIMENTO: 10/07/1973

RG: 4675808 ORGÃO EMISSOR: SSP/PE

ENDERECO: Rua José Januário nº 08-A

Bairro: Machadinho Machados

NOME DA MÃE: Maria Siqueira da Silva

DATA ADMISSÃO: 19/07/2018 DATA ALTA: 25/07/2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 23/07/2018 CID: 552.5

DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Distal
do Radio Direito

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura
da Extremidade/metáfise Distal dos ossos
do Antebraço Direito + Tratamento Cirúrgico
de lesão Capsulo-ligamentar do Punho Direito

MÉDICO: Giselly Verissimo

CREMEPE: 17424

JABOATÃO DOS GURARAPES, 07 DE Agosto DE 2018

Dr. João Pedro Romano
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 16.72622
MÉDICO





Usuário: WAGNER WANDERLEY COSTA
Data: 23/07/2018 15:04:44
Hor: 15:04

Relatório Geral de Cirurgias

Paciente: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Endereço: 168474

Sexo: Masculino

Prontuário: 754672

Unidade de Internação / Leito: ENF 17 - LEITO 05

Idade: 45 Anos, 0 Mês e 13 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
0408020482 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO

Data: 23/07/2018

01. Cirurgião: GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

02. 1. Auxílio Clérigo: WAGNER WANDERLEY COSTA

03. 2. Auxílio Clérigo:

Instrumentador:

Anestesia: BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

Anestesia:

07. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

ESVaziAMENTO + GARROEAMENTO

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO VOLAR DE HENRY ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA EM RÁDIO DISTAL DIREITO

LIBERAÇÃO DE RETRAÇÃO MUSCULAR E FIBROSE

REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA DE RÁDIO DISTAL E PARAFUSOS

REALIZADO REPARO CAPSULAR E LIGAMENTAR COM FIO 4.0

LAVAGEM COM SF

RETRADA DE GARROTE + REVISÃO DA HEMOSTASIA

FECHAMENTO POR PLANOS

CURATIVO DO TIPO JONES

CRS : PROCEDIMENTO REALIZADO COM AUXILIO DO INTENSIFICADOR LH. IMAGENS

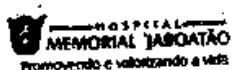
Dr. Wagner Wanderley Costa
CRM-PE 26568

WAGNER WANDERLEY COSTA

CRM: 26568

Giselly Verissimo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão
CRM-PE 17424 - T60112700





Enio: SUS - INTERNACAO

Abendimento: 168474

Nascimento: 10/07/1973

ponsável:

Nome: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Pronthidio: 754672

Sexo: Masculino

Idade: 45 Anos, 0 Mes e 9 Dias

Data e Hora do Abendimento: 19/07/18 19:35:26

CPF:

Identidade: 4675808

Telefone:

Escolaridade:

Conjuge:

Estado Civil:

Certidão SUS: 898003728992382

Nome da MSe: MARIA FIGUEIREDO DA SILVA

Nome do Pai:

Endereço: RUA JOSE JANUARIO, COMAB, CEP: 55740000, N° 3, MACHADOS - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 17 - LEITO 05

Médico: MILTON TELES DE MENDONCA - CRM: 6262

CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VEIO DO HGV COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO E FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

EXAME FÍSICO GERAL:

EGR, EUPUÑEICO, AFEBRIL SEM EDEMIAS

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

ABDOMEN:

IN

AP - GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDICÕES DE ALTA:

DATA:

23/07/18

HORA DE SAÍDA:

MILTON TELES DE MENDONCA - CRM: 6262

Hospital Memorial Jaboatão
Milton Teles de Mendonça
CRM: 6262

Guararapes - CEP: 54160-000

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

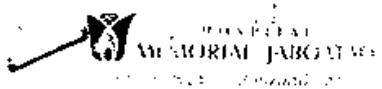
Laudo para solicitação de autorização de Internação

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOTATÃO	CNES 5356067				
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOTATÃO	CNES 5356067				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome do paciente JOSE DOMINGOS DA SILVA	Nº Probatório 754672				
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento 10/07/1973	Sexo Masc. <input checked="" type="radio"/> Femi. <input type="radio"/>	Raça Cor	Etnia	
		Telefone de contato			
Nome da Mãe MARIA FIGUEIREDO DA SILVA					
Nome Responsável					
Endereço RUA JOSÉ JANUÁRIO	Número 3	Bairro CDHAB	IBGE	UF.	CEP
Antílope					55740000
MACHADOS					
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
Principais Sinais e Sintomas Clínicos					
PACIENTE VETO DO HGV COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO E FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO					
Condições que justificam a internação					
QUADRO CLÍNICO					
Principais Resultados de Provas Diagnósticas					
RX					
Diagnóstico Inicial / Código FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas		
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Descrição do Procedimento solicitado					
Caráter de Atendimento	Documento	Código do Procedimento			
spcialidade	<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente			
me do Profissional Solicitante/Assistente			Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
COMPLETAR EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito (CNPJ) Seguradora			Nº Bilhete	Serie	
<input type="checkbox"/> Acid. Trabalho típico					
<input type="checkbox"/> Acid. Trabalho trajeto	CNPJ / Empresa		OAE/Empres	LOBO	
Vínculo com a Previdência	<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônoma	<input type="checkbox"/> Desempregada	<input type="checkbox"/> Aposentado
<input type="checkbox"/> Não Segu					
AUTORIZAÇÃO					
Nome do Profissional Autorizador		Cód. Órgão Emissor			
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador				
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF					
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)				
Setor					

2 / 402 126

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Geraldo Vargas		NOME DA UNIDADE: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CGC Nº: 10.572.048/0006-51 (03 vías)	
LAVI ENDERECO: NOME DO PACIENTE: DATA DE NASCIMENTO: NOME DA MÃE: ENDERECO: UF: PE CEP: TÉL:		HGV - Hospital Geraldo Vargas Protocolo: 1091576 Paciente: JOSE DOMINGOS DA SILVA Clínica: CORREDOR RX Nasc.: 10/07/1973 Idade: 45 Anos 0 Meses Mae: MARIA FIGUEIREDO DA SILVA Endereço: SITIO MACHADINHO, 0 - ZONA RURAL - OROZO - PE - CEP: 55745-071 Leito: CRX 16 Sexo: MASCULINO Fone: 8700-3792 TRIC: 091576 Histórico: 1 - HOSPITAL GETULIO V - DATA: 18/07/2016 HR: 21:22 UNIV: OVALDO SOUZA	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
HISTÓRICO CLÍNICO: <i>Queda de refratário no jornal e quebra da tigela de banho</i> EXAME FÍSICO: <i>692, 1003, acról, 693</i> PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES: <i>Teste para HTV</i> ANAMÉTICO PRINCIPAL: <i>Sintoma de mict. f.sist. d/c</i> PROcedimento SOLICITADO: <i>Exame de sangue</i> DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/Especialidade: <i>SDT</i> DATA: 16/07/16			
CODIGO: CARÁTER DA INTERNACAO: DATA: / / /		DATA: / / /	
BASE DE ASSINATURA DO MEDICO AUTORIZADOR PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR			
NOME DA UNIDADE: <i>Transférivel pt. 1013/16</i>			





USUÁRIO: WAGNER WANDERLEY COSTA

DATA: 20/07/2018 15:06:09

HORA: 15:06

Sumário de Admissão e Alta

Nome: JOSE DOMINGOS DA SILVA

Prontuário: 754672

Atendimento: 168474

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 17 - LEITO 05

Diagnóstico Inicial (Constante no LaudoMédico):

FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

CID: S525

Procedimento Solicitado: 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo de permanência Previsto:

01/15/2018/01/2

Procedimento SUS Realizado: 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

0408020482 - Ressecção Capsulo-lig. Radial

01. Cirurgião: GISELLY VFRISSIMO DE MIRANDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: WAGNER WANDERLEY COSTA

2. Auxílio Cirúrgico:

04 3. Auxílio Cirúrgico:

Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- Mudança de Procedimento
- Diária de UTI
- Diária de Acompanhante
- Vacina Anti -- Rh

- Uso de Prótese Órtese
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral

Secretaria de Saúde - PJJGP
IGOS - Gerente de Controle e Negociação
Maria Letícia Marques Dutra
Modificação: 19/07/2018 - CAM: 6532
CPF: 316.725.634-40

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERFERÊNCIAS

Diagnóstico Principal: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Diagnóstico Secundário:

Motivo de Alta:

Data de Internação: 19/07/2018

Data da Alta: 25/07

Dias de Hospitalização:

dia(s).

Assinatura: Wagner Wanderley Costa

Assinatura: Wagner Wanderley Costa

Foto: PJE-26588

Assinatura: Wagner Wanderley Costa

Foto: PJE-26588





**CÍRCULO OPERÁRIO DE OROBÓ
HOSPITAL SEVERINO TÁVORA**



Uma nova História

Parceria: PREFEITURA MUNICIPAL DE OROBÓ

PRONTO ATENDIMENTO

Data: <u>17/10/18</u>	Hora: <u>18:00</u>	Registro: <u>6680</u>
Nome: <u>Yrê Domingos da Silva</u>		
Data de Nascimento: <u>30/07/1973</u>		Idade: <u>44 anos</u>
Endereço: <u>Rua Yrê Domingos - Machado</u>		Referência:
Responsável: <u>O mesmo</u>		
Endereço do Responsável:		
Cartão Nacional do SUS:		
DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO		
Local da Ocorrência:		
Tipo de ocorrência:		
<input type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Outros		

Sinais Vitais		
PA: <u>130/80</u>	TEMP: <u></u>	FR: <u></u>

Queixas:	<u>Qacet. com história de queda de moto, apresentando dor punho direito e edema com limitação</u>	
----------	---	--

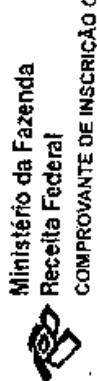
Exame físico:	<u>Movimento</u>	<u>EKG</u>	<u>15'</u>
---------------	------------------	------------	------------

Hipótese diagnóstica:	<u>1 - Fratura fechada punho</u>		
-----------------------	----------------------------------	--	--

Procedimentos:	<u>Soteno RR punho</u> <u>SCAS fastel 100ml x 20 seringa</u> <u>extocinafastel 100ml x 20 seringa</u> <u>toranef 100ml x 20 seringa</u> <u>cloreto de sódio</u>		
----------------	---	--	--

Dr. Antonio L. Henrique
Médico
CRM: 25717





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
906.866.674-68

Nome
JOSE DOMINGOS DA SILVA

Nascimento
10/07/1973

CÓDIGO DE CONTROLE
F6A7442.CRE4.69FB



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:15:39, do dia 08/12/2017 (Hora e data do Brasil [Br])
dígito verificador: 09
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de identificação

