



Número: **0011871-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCIANO ALVES DA SILVA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59848436	26/03/2020 13:34	2707534_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 30ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00118719220208172001

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 **LUCIANO ALVES 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 **08/03/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 25/03/2019.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 337,50 (trezentos e trinta 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.

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **08/03/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 337,50 (TREZENTOS E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

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



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

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



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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 19 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- 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 **LUCIANO ALVES DA SILVA**, em curso perante a **30ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00118719220208172001.

Rio de Janeiro, 19 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0011871-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCIANO ALVES DA SILVA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59848440	26/03/2020 13:34	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através do e-mail atendimento@lider.com.br

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-82 | SAC (para beneficiários auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-022-91-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAS/WEB/DOC/ORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PROVIDÊNCIA FEDERAL, ADMINISTRAÇÃO E REGULAÇÃO; ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.303/96.

Pelo exposto, eu FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA	
inscrito (a) no CPF/CNPJ 056.639.994 , 68	na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
<u>Luciano Alves de Silva</u>	inscrito (a) no CPF sob o nº <u>890.312.294</u> , <u>15</u>
do sinistro de DPVAT cobertura <u>Qualquer</u>	da Vítima <u>Luciano Alves de Silva</u>
inscrito (a) no CPF sob o nº <u>890.312.294</u> , <u>15</u>	conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____	e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recusa informar	

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade na presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS	Número: 233	Complemento: CASA
Bairro: BARZEA	Cidade: RECIFE	Estado: PE
E-mail: fernandabrandao2013@gmail.com	CEP: 51.970-230	Tel.(DDD): 81 98652-9424 / 81 99472-7858

Local e Data:

Recife, 06/11/19

Assinatura do Declarante

LDLAL001 V001/2017





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

NOME: <u>Luciano Silva</u>			DATA (DIAS) VAS: <u>2</u>		
NOME DA MÃE: <u>Luciana</u>			CARTÃO SUS: <u>1.11.3125</u>		
CLÍNICA: <u>Função</u>	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>1.11.3125</u>		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO: ☐ F. ☒ M.	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>luxação de quadril 2º grau</u>					
COMORBIDADE:					
PROCEDIMENTO SOLICITADO:					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): <u>be + cateterismo</u>					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>08/03/19</u>		DATA DA ALTA: <u>10/03/19</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO: <u>2</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:			CID:		CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL			MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO				
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS					
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ HEMODIÁLISE	☐			
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐			
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE OXIGÊNIO	☐			
☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	☐	☐			
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)					
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>De + subm. em 2º grau após trauma</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>e. m. m.</u>					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:					
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA			ÓBITO: ☐ IML ☐ SVO ☐ BO:		
☐ OUTROS:					
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO):					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente					
DATA: <u>10/03/19</u>			 MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM		

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX51.31845600

11GV.1010.V.1.2013



CONSULTA	0301010170		RAIO X	
GLOBULINA	0202060209		ANTEBRAÇO	0204040019
AC. URICO	0202010120		ABDOMEN SIMPLES AP	0204050138
ALBUMINA	0202010827		ABDOMEN AP+LATERAL	0204050111
			BACIA	0204060095
BILIRRUBINA	0202010201		BRACÇO	0204040051
CÁLCIO	0202010210		COTOVELO	0204040078
CLORETO	0202010260		CALCÂNEO	0204080109
COLESTEROL	0202010295		COLUNA CERVICAL	0204020034
CREATININA	0202010317		CRÂNIO PA+LATERAL	0204010080
CULTURA GERAL	0202080080		CRÂNIO PA+LAT+OBLI	0204010071
DESIDROGENASE	0202010368		COXA	0204080117
GAMA	0202010465		COL.TORACO-LOMBAR	0204020107
GASOMETRIA	0202010732		CLAVÍCULA	0204040060
GLICOSE	0202010473		FACE	0204010144
HEMOCULTURA	0202080153		FEMUR	0204060060
HEMOGRAMA	0202020380		JOELHO	0204060133
HEMOGLOBINA	0202020304		JOELHO AP+LATERAL	0204060125
LEUCOGRAMA	0202020398		MÃO	0204040086
LCR	0202090600		OMBRO	0204040116
FÓSFORO	0202010430		PÉ	0204060150
FOSF. ALCALINA	0202010422		TÓRAX AP	0204030170
MAGNÉSIO	0202010562		TÓRAX AP E PERFIL	0204030153
MELOGRAMA	0202890191		PUNHO	0204040124
MUCOPROTEÍNA	0202010670		PERNA	0204060168
PARASITOLÓGICO	0202040127		MANDÍBULA	0204010055
PCR	0202030202		ULTRASSONOGRAFIA	
PROT.TOTAIS	0202010619		ABDOMEN SUPERIOR	0205020038
PESQUISA BK	0202080072		ABDOMEN TOTAL	0205020046
POTÁSSIO	0202010600		TÓRAX	0205020135
SÓDIO	0202010635		PÉLVICA	0205020160
TSTC	0202020495		TRANSVAGINAL	0205020186
TEMP. SANG.	0202020100		BOLSA ESCROTAL TIREÓIDE	0205020070
TEMPO COAG.	0202020070		TIREÓIDE	0205020127
TRIGLICERÍDEO	0202010678		MAMA	0205020097
TGO	0202010643		PROSTATA	0205020119
TGP	0202010651		VIA URINÁRIA	0205020054
TPAE	0202020487		TOMOGRÁFIA	
URÉIA	0202010694		COLUNA CERVICAL	0206010010
VDRL	0202031110		COLUNA LOMBO - SACRA	0206010028
			COLUNA TORÁCICA	0206010036
CONC. HEMÁCIA	0306020068		FACE	0206010044
CONC. PLASMA	0306020106		PRESCOÇO	0206010052
CONC. PLAQUETA	0306020076		SELA TÚRCICA	0206010060
PRÉ TRANSF. I	0212010026		CRÂNIO	0206010079
PRÉ TRANSF. II	0212010034		COMPUTADORIZADA	0206010087
			MEMBROS SUPERIORES	0206020015
NEBULIZAÇÃO	0301100101		SEG. APENDICULARES	0206020023
HISTOPATOLÓGICO	0203020030		TÓRAX	0206020031
ECG	0211020036		ABDOMEN SUPERIOR	0206030010
EDA	0209010037		MEMBROS INFERIORES	0206030029
FUNÇÃO	0401040019		PELVE/BACIA	0206030037
TRAÇÃO	0408050098		FISIOT. RESP.	0302040021
			FISIOT. MOTORA	0306020030
			CURATIVO	0401010016





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: LUCIANO ALVES DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 693948

1.1 - Atendimentos em: 08/03/19

1.2 - Às 12 horas e 01 minuto.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1113125

2.1 - Internado em: 08/03/19

2.2 - Alta em: 10/03/19

3. Hipótese Diagnóstica: LUXAÇÃO EXPOSTA F1-F2 COM LESÃO CAPSULAR + FERIMENTO EXTENSO > 50% EM MESMA TOPOGRAFIA

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 08/03/19: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + CAPSULORRAFIA + SUTURA + IMOBILIZAÇÃO.

5. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 13.6.2019

HORA: 11:47:43

PASTA: 01.06.2019

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 893948

Prontuário: 1113125

Nome: LUCIANO ALVES DA SILVA

Data Nasc.: 16/11/1974

Idade: 44

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG:

CNS:

Endereço: 1º TRAVESSA DEPUTADO GOMES DE SA

Nº: 56

Bairro: NOVA DESCOBERTA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 52190526

Fone: 93151627

Profissão:

Nome da Mãe: TEREZINHA SANTANA DA SILVA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA IMBIRIBEIRA

Clínica: CIRURGIA GERAL T. OLIVEIRA

Ocorrência: ENHA 5638025 PAC VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, REFERE FRATURA LUXACAO EXPOSTA EM 2 QDD

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA: 08/03/2019 HORA: 12:01 Médico: [assinado]

Sina Principal / HDA:

12:01h - Vítima de acidente de trânsito há 3 horas
Nenja explicação, ismifto, perda de consciência em
momentos.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: mQueimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Observações:

Fratura em 2º QDD. (fratura de...)

Exame Físico

A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

Bom

B: Respiratório

Expansão

C: Circulatório

PA: 120x 80 mm Hg Pulso: 65 bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score:

Score:

Score:

ECG=15



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

E: Abdômen	
Diagnóstico inicial: <i>Infecção. Infarto superior de 2.º grau. Infarto 1.º</i>	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados : 1 - Especializados	
Resultado de Exames:	Código Procedimento:
Tratamento / Procedimentos: <i>SAT 50000 - 1.º</i> <i>VAT 1.º</i> <i>Agulha 2.º + ADH</i> <i>de bilha colorida</i>	Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento:
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo:	Condição de Alta:
Definição do Caso:	☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se	☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito	
Informação do Serviço Social	Assist. Social:
Confirmação do Nome:	
Confirmação do Endereço:	Assist. Social
Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐	
Observações:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:	
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 08/03/2019 12:01 h DENNISILD	Impressão: 08/03/2019 12:01 h DENNISILD

Médico



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: LUCIANO ALVES DA SILVA
Data de Nascimento: 16/11/1974 Data Atendimento: 08/03/2019
Prontuário: 0000022247 Cód. Atendimento: 01202334
Nome do Hospital: HOSPITAL GETULIO VARGAS
Senha: 5636025
Transporte: ☒ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio
☐ Acompanhamento Médico
Observação: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA EM 2 QDD

Dr. Jose Sergio S. Souza
Recife, 08 de Março de 2019
Traumatologia
CRM 8500 / SSOT 1000

Médico: JOSE SÉRGIO SANTOS DE SOUZA
CRM: 8500





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Wagner Alves da Silva

IDADE:

SEXO:

F

M

laudo médico

Paciente vítima de acidente
motociclístico em 08/03/19, com
luxação aberta do 2º cdp, evoluindo
com duto em bolacha.

Indicado USG do 2º cdp para
proposições cirúrgicas

REC, 23/03/19

Dr. Lyson A. Aguiar

MÉDICO
CRM 17128

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50120-060
Fone: 9XX.81.31845/30

7.1002.V.1.2013.





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO: F ☐

M ☐

INFORMAR AOS DR. SILVA
HAMB. 110000

Receita para a planta de fúbito,
a ser feita no sono com fúbito
de la de fúbito de fúbito.
Receita em fúbito de fúbito com
elemento médico controlado

LID =

16/8/19

Dr. Carlos Henrique S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23255

Avenida General San Martín s/n - Condado
Recife/PE - CEP 50.830-080
Fone: (0XX) 81.31845800

HGV.1002.V.1.2013.





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO:

F

M

Luciano Alves da Silva

Relatório Médico

Paciente vítima de acidente de trânsito, com
fratura do fêmur direito com deslocamento
e fratura do Intertuberculum do Trocântor Menor.
Paciente submetido a tratamento cirúrgico
e fisioterapêutico. Paciente evoluindo com bom
fechamento do IFP do Trocântor e boa cicatrização
do fechamento do IFP do Trocântor.

Chc 562

11/10/19

RECEITUÁRIO
SECRETARIA DE SAÚDE
ESTADO DE PERNAMBUCO
DATA: 11/10/2019
HORA: 13:34:55

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX(81)31845600

HGV-002.V.1.2013.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas				SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Luciano André de Silva</u>				CARTÃO SUS:	
NOME DA MÃE:				Nº DO REGISTRO:	
CLÍNICA: <u>1º andar</u>	ENFERMARIA:	LEITO:	PESO:	ALTURA:	SEXO: ☐ F. ☒ M.
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:				
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Infecção + Dor 7º e 9º</u>					
COMORBIDADE:					
PROCEDIMENTO SOLICITADO:					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): <u>C. e exames</u>					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>03/03/19</u>		DATA DA ALTA: <u>03/03/19</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:			CID:	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL			MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO				
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS					
☐	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐	HEMODIÁLISE	☐	<u>0415030012</u>
☐	DIÁRIA DE UTI	☐	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐	<u>0405020344</u>
☐	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐	USO DE OXIGÊNIO	☐	<u>0413040182</u>
☐	USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	☐		☐	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)					
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>As + sem febre + dor 7º e 9º APÓS 7 dias</u>					
MEDIÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>Alta</u>					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:					
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA			ÓBITO: ☐ IMI ☐ SVO ☐ BO		
☐ OUTROS					
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE REVISÃO/ DATA DE RETORNO):					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.					
DATA: <u>17/03/19</u>		MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA: <u>CARINHO</u>			
Avenida General San Martin s/n - Cordeiro Recife/PE - CEP 50.830-060 Fone: (0800) 61.516.4562					





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME: LUCIANO ALVES DA SILVA

Registro: 1113125

Data da operação: 08/03/19

Operador: DR. ANDRE TELES 1º Auxiliar: DANIEL SALDANHA

Anestesista: O CIRURGIAO

Diagnóstico pré-operatório: LUXAÇÃO EXPOSTA F1-F2 COM LESÃO

CAPSULAR + FERIMENTO EXTENSO > 50% EM MESMO TOPOGRAFIA

Tipo de operação: LMC + CAPSULORRAFIA + SUTURA + IMOBILIZAÇÃO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local;
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Observado luxação exposta em topografia de F1-F2 do 2º QDD com lesão capsular;
- 5) Paciente apresenta ainda ferimento circular em mesma topografia com acometimento de mais de 50%, com diminuição de perfusão distal no enchimento capilar > 03seg
- 6) Realizado limpeza abundante com SF0,9%
- 7) Realizado capsulorrafia com Nylon 3-0;
- 8) Realizado sutura de pele
- 9) Curativo estéril;
- 10) Aposição de tala splint
- 11) Observada melhora perfusão distal ao fim do procedimento.

Em falta de nylon 4.0

Dr. Daniel Saldanha
Cirurgião Geral
Régua de 10cm
11/03/2019



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 08/03/2019 11:28:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: LUCIANO ALVES DA SILVA

RG:

PESO:

IDADE: 44 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 18/11/1974

PRESTADOR ASSISTENTE: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

DATA DE ATENDIMENTO: 08/03/2019 10:14:45

ATENDIMENTO: 1202334

TEMPO DE PERMANÊNCIA: -1 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S602 - CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S602 - CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S602 - CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

CONDUÇÃO DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: TRANSF. P/HOSPITAL GETULIO VARGAS

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: FRATURA LUXAÇÃO ESPOSTA DO 2 QDD

RX, CURATIVO E MEDICAÇÃO

TRANSFERIDO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGENCIA

Dr Jose Sergio S. Souza
Traumatologia Ortopedia
CRM 8500 SBOT 10098

JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

CRM-8500

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

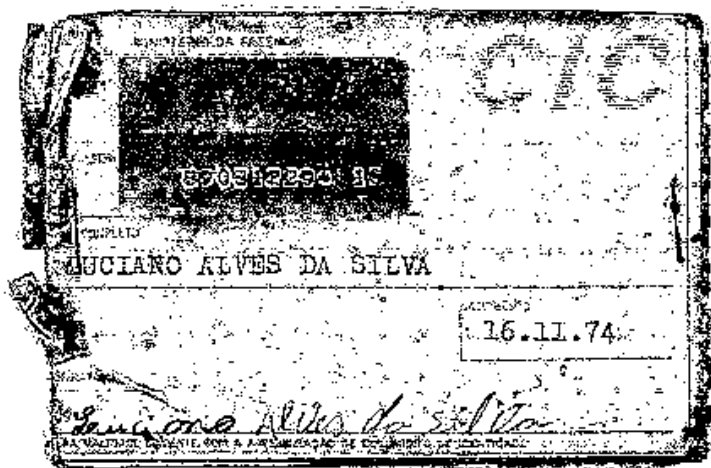
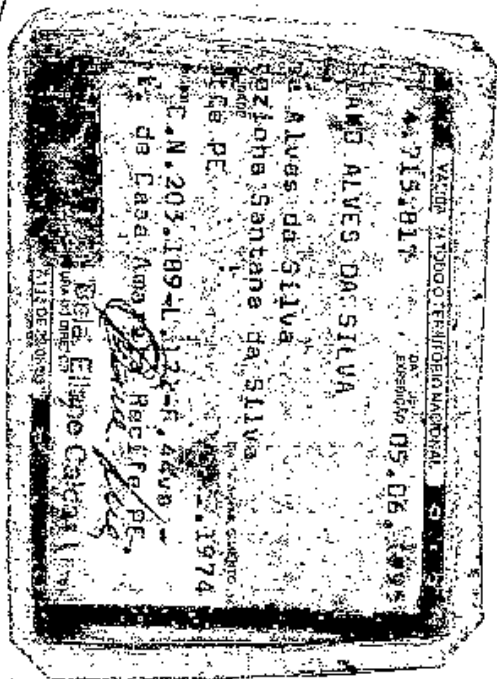
MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



LUCIANO ALVES DA SILVA
 9235000066, MT, PE
 890.317.294-15 16/11/1974
 FILIAÇÃO JOSE ALVES DA SILVA
 VERZINHA SANTANA DA S
 SILVA
 REGISTRO 20608530426
 VALIDADE 03/01/2024
 DATA EMISSÃO 05/06/2019
 OBSERVAÇÕES
 Assinatura do Titular
 RECIFE, PE
 DATA EMISSÃO 03/01/2019
 55601257650
 72496035227
 PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1754711072
 PREVISÃO PLASIFICAR
 1754711072





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA
 CRIANÇA MATRÍCULA DE IDENTIDADE

Nome
 FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Doc. Contente / Orig. Emisor / U.
 551955 - RJ - RJ

DT
 056.639.994-RJ

DATA NASCIMENTO
 30/06/1983

FILIAÇÃO
 FERNANDO FERNANDA DE
 OLIVEIRA
 DEJANEIR BRANDAO DE
 OLIVEIRA

FORMAÇÃO
 [] [] []

AGE
 [] [] []

CAL. MIB
 [] [] []

Nº REGISTRO
 D5325956971

VALIDADE
 13/02/2021

EMISSÃO
 16/04/2011

OBSERVAÇÃO
 sem observações

ADMINISTRATIVO DO PÓRTO
 [] [] []

LOCAL
 RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
 15/02/2016

ASSINATURA DO EMISSOR
 [Assinatura]

24431504803
98071344837

DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA

1221607980



SEGURO DE VIDA EM VIGOR - O SEGURO É CONTRATO DE CUMPRIMENTO DE PRAZO E NÃO SE ENQUADRA NA DEFINIÇÃO DE SEGURO DE RISCO DE ACIDENTE POR CAUSA EXTERNA - CLASSIFICAÇÃO DO SEGURO DEVIDO AO RISCO DE ACIDENTE POR CAUSA EXTERNA - SEGURO DE VIDA

PE Nº 014484698B34 BILHETE DE SEGURO DPVAT
LUCIANO ALVES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE NO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA -

WWW.seguradoralider.com.br
SAC Dpvat 0800 022 1204

RECIBO DE

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 22/01/19

VIA Nº 890.612.294-15

FACA IGR9662

RENAVAM 52187959D

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN K3

ANO FAB 2013

Nº CHASSI 9C2JC4110DR737708

PRÊMIO TARIFÁRIO

Ano fab

DENOMIN

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CODIGO DO BILHETE (R\$) 94.25

TOP ANO 0.32

TOTAL A PAGAR (R\$) 94.58

PAGAMENTO

PARECELADO

DATA DE QUITACAO

SEGURADORALIDER - DPVAT

CNPJ 05.544.639/0001-50

DESTAQUE E CONSUMO DO BILHETE DPVAT
NÃO TEM VALOR DE PREÇO DESIGNATORIO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190626242 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. PG 11
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390352/19

Vítima: LUCIANO ALVES DA SILVA

Data do acidente: 08/03/2019

CPF: 890.312.294-15

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIANO ALVES DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

LUCIANO ALVES DA SILVA : 890.312.294-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

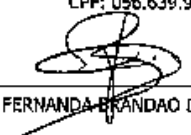
O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/11/2019
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69


FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40


ABENILDA MARIA BARBOSA

ARUANA SEGURADORA
06 NOV 2019



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Luciano Alves da Silva
 DATA DO ACIDENTE 08-03-2019 CPF DA VÍTIMA 890.312.294-15
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Luciano Renato da Mota
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Procurador
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua: Lourenço Vitor Fernandes Mota
 Nº 283 COMPLEMENTO 2110 BAIRRO VARZEA
 CIDADE Recife UF PE CEP 50.970.230
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 9.8552-9426

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
 () SOLETA 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)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - 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 RECEITUÁRIO 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\$ 23.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEQUÍDIA PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.000,00 (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 FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURADOTRANSITE.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 3204.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08/03/19

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190626242 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. PG 11
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Luciano Alves da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro
IDENTIDADE: 4.715.817 ORGÃO: SSP/PE
CPF: 890 - 312 - 294 - 15
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
ENDEREÇO: Rua: Frederico Vazaran N: 00141

OUTORGADO:

NOME: Fernanda Brandão de Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileira
IDENTIDADE: 6.141.955 SDS/PE
CPF: 056.639.994-69
ESTADO CIVIL: Solteira
ENDEREÇO: Rua Conego José Fernandes Machado, Nº 233 – Varzea – Recife/PE
Cep: 50.970-230

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante instituições hospitalares, corpo de bombeiro, samu e Boletim de Ocorrência e retificar caso necessário, para solicitar e retirar quais quer documentações médicas e certidões de atendimento do outorgante acima qualificado. Confio para representar-me perante SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o senhor (a):

Luciano Alves da Silva

Escolha o (s) tipo(s) de cobertura

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ mo

Data do Acidente: 08/03/2019

Recife 15 de outubro de 2019

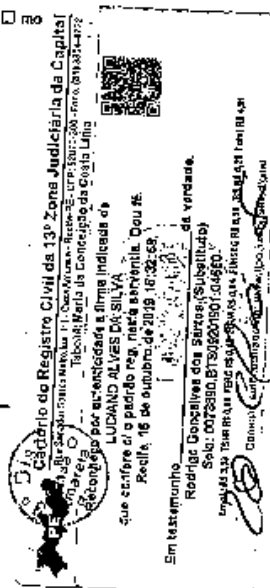
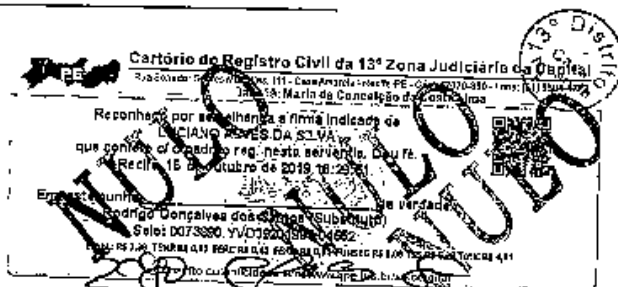
Local e data

CARTÓRIO
DE CASA
AMARELA

Luciano A. Alves da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390352/19

Vítima: LUCIANO ALVES DA SILVA

CPF: 890.312.294-15

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 08/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIANO ALVES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

LUCIANO ALVES DA SILVA : 890.312.294-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/11/2019
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA





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

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190626242

Vítima: LUCIANO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIANO ALVES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15076914

Pag. 01335/01336 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190626242

Vítima: LUCIANO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIANO ALVES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **LUCIANO ALVES DA SILVA**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000001294**

Conta: **0000098635-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 890.312.294-15 4 - Nome completo da vítima: Luciano Alves da Silva

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

5 - Nome completo: Luciano Alves da Silva 6 - CPF: 890.312.294-15
7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Rua: Frederico Ozanam 9 - Número: 00111 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vasco da Gama 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53280-500
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1296 CONTA: 98635

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(várias)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34
In preceito
diz-se da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Recife, 06/11/19.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019





25/03/2019

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 011ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS - DP11ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0101001053**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/03/2019** às **09:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **23/3/2019** às **11:26**

Fato ocorrido no endereço: **RUA MOTOCOLOMBO, 1 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **SEMAFORO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
LUCIANO ALVES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUCIANO ALVES DA SILVA

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

LUCIANO ALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: TEREZINHA SANTANA DA SILVA Pai: JOSÉ ALVES DA SILVA Data de Nascimento: 16/11/1974 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4715817/SDS/PE (RG), 69031229418 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: - 983338286

Endereço Residência: **RUA DEPUTADO GOMES DE SA, 56 - CEP: 55080-000 - Bairro: NOVA DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LUCIANO ALVES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): LUCIANO ALVES DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 Objeto apreendido: Não**
Cor: **PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGR9662 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

Complemento / Observação

<sers/Policia Civil/Infopol/xmli/BOEPreview.htm>

1/2



25/03/2019

Bolém da Ocorrência

COMPARECEU NESTA DPOL, O SR. LUCIANO ALVES DA SILVA, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO DE ONDE RESULTOU LESIONADO. RELATA A VÍTIMA QUE, ESTAVA TRAFEGANDO PELA RUA MOTOCOLOMBÓ EM QUE, NO MESMO SENTIDO TAMBÉM SE ENCONTRAVA A PESSOA CONDUTORA DO OUTRO VEÍCULO ENVOLVIDO. QUE ATÉ ENTÃO O SINAL ESTAVA VERDE, QUANDO SURTIU O AMARELO, A PESSOA DESCONHECIDA FREIOU BRUSCAMENTE, OCASIONANDO A COLISÃO DA MOTOCICLETA GUIADA DO LADO ESQUERDO DO AUTOMÓVEL, QUE A VÍTIMA DEVIDO A QUEDA, VEIO A SOFRER UMA FRATURA NA MÃO DIREITA. NO LOCAL, COMPARECERAM A GTTU, ATENDIDO PELO SAMU, QUE O REMOUEU PARA A UPA DA HIBIRIBEIRA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, PRONTUÁRIO Nº 1.14.3125. MÉDICO JOSÉ SÉRGIO S. SOUZA CRM - 8500 - SSOT 10098. CASO APETO A DP DE AFOGADOS.

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

Luciano Alves da Silva

LUCIANO ALVES DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: JORGE PEREIRA DAMASCENO - Matrícula: 148721-3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 890.312.294-15 4 - Nome completo da vítima: Luciano Alves da Silva

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

5 - Nome completo: Luciano Alves da Silva 6 - CPF: 890.312.294-15
7 - Profissão: RUA: FREDERICO OLAVIAN 9 - Número: 0011 10 - Complemento:
11 - Bairro: VASCO DA GAMA 12 - Cidade: RIO DE JANEIRO 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 53280-500
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1296 CONTA: 98635 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(várias)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

MORTE

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - In preceito digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Rio de Janeiro, 17/9/2019.
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019





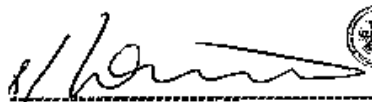
PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	080.03.2019
DATA	22.08.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **LUCIANO ALVES DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **9235000066** MT/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **890.312.294-15**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-599141**, que no dia 08 de março de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife; vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 09h45, na Avenida Augusto Calheiros, imediações da Agência Banco do Brasil, no bairro Afogados, Recife/PE, sendo conduzido para a UPA Imbiribeira e, posteriormente, redirecionado para o Hospital Getúlio Vargas. Recife, 22 de agosto de 2019.


 Carlos Eduardo Macedo
Gerente Operacional
Administrativo Financeiro
SAMU Metropolitano Recife
Mat. 92545-9

Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	337,50
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01294

CONTA: 000000098635-0

Nr. da Autenticação F61AAAE5652D138C





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 10.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. 1 S/N - DOIS IRMÃOS R
RECIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE
SEVERINA ALEXANDRINA DA SILVA MATRICULA: 60664919 Set/2019
R FREDERICO OZAMAN, N. 00141 - VASCO DA GAMA RECIFE PE 52280-5
INSCRIÇÃO: 360.318.625.0408.000 GRUPO: 17 DEB. AUTOMÁTICO: 060664919

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAZ COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
		1		
HIDROMETRO A05288031	DATA LEIT. ANTERIOR 12/09/2019	DATA LEIT. ATUAL 11/10/2019	TIPO DE CONSUMO (AVG) REAL	

ÁGUA:

LEIT. ANT.: 1606
LEIT. ATU.: 1611
LEIT. FAT.: 1611

CONSUMO: 5

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

06/2019 03
07/2019 01
08/2019 02
09/2019 03
04/2019 02
03/2019 01
MÉDIA: 02

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	105	122	122
COR APARENTE	122	122	117
COLOR. RESIDUAL	122	122	122
COLIF. TOTAIS	122	122	115
E. COLI	122	122	122

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)

5,13 44,08

MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019

0,88

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
P.S. COFINS	44,08	1,65	0,73
	44,08	7,80	3,35

TOTAL A PAGAR: 44,96



Num. 59848440 - Pág. 34