Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

31/03/2020

Número: **0010566-73.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 6ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **24/02/2020**
Valor da causa: **R$ 13.500,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RAFAEL NOBERTO DA SILVA (AUTOR)	DRIENNY SANTOS DE ANDRADE (ADVOGADO) ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60050759	31/03/2020 13:33	2708668_CONTESTACAO_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00105667320208172001

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 **RAFAEL NOBERTO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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 **22/10/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 05/02/2019.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo em **25/07/2019**, não obstante o ajuizamento da presente ação.

Vale ressaltar que o referido sinistro encontra-se em análise pela Seguradora Ré, sendo a mesma surpreendida pela presente Ação.

Ademais, de acordo com o art. 5º, §1º, da Lei nº 6.194/74, a regulação do sinistro deve ser realizada no prazo de 30 dias pela seguradora mediante a apresentação pelo segurado dos documentos que o parágrafo do dispositivo menciona.

No presente caso, não foi comprovada pela parte autora a NEGATIVA da Seguradora Ré do requerimento extrajudicial, com referência ao pagamento da indenização securitária, sendo, portanto, indevido o ajuizamento da presente ação.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015[2].

DA NECESSIDADE DA PROCURAÇÃO SER OUTORGADA POR INSTRUMENTO PÚBLICO

É cediço que nas procurações em que o outorgante é analfabeto não comporta a outorga via instrumento particular[3], mas tão somente por instrumento público, conforme interpretação a contrario sensu do art. 654 do Código Material Civil.

---

[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]"Acidente de Veículo. Responsabilidade extracontratual. Solidariedade. Não Reconhecimento. Ilegitimidade passiva ad causam. Extinção do processo sem resolução de mérito. Impertinente a inclusão no pólo passivo da ação da empresa contratante de serviços de distribuição por ato ilícito praticado por empregado, serviçais ou prepostos do agente, diante da ausência de solidariedade prevista em lei ou no contrato. Ação. Analfabeto. Procuração. Instrumento Público. Necessidade. Em se tratando de analfabeto, é obrigatória a procuração por instrumento público. (TJSP – Agravo de Instrumento nº 990.10.453486-0 – Praia Grande – 27ª Câmara de Direito Privado – Rel. Des. Gilberto Leme – Julgado em 07.12.2010) (...) No que tange à regularização processual, anote-se que, em se tratando de analfabeta, a validade do mandato judicial é condicionada à existência de instrumento público, para que se demonstre a efetiva outorga de poderes para a representação em juízo (CC, art. 654). Arnoldo Rizzardo assevera que o analfabeto, "por não possuir firma, e, em decorrência, não assinar, o que torna impossível comprovar lhe pertençam os dizeres lançados no instrumento, a forma pública é imprescindível" (op. cit. 687). Arnoldo Wald enuncia que "O analfabeto só pode dar procuração por instrumento público." (Obrigações e Contratos, 13a ed., São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, p. 452). Ao tratar desse tema, Humberto Theodoro Júnior leciona que: "O instrumento público só é obrigatório para os analfabetos ou os que não tenham condições de assinar o nome." (Curso de Direito Processual Civil, vol. I, Forense, 2009, RJ, pág. 102)."

Ocorre que, *in casu*, na procuração juntada aos autos, a outorga tem sido feita por instrumento particular, não obstante a parte autora não conseguir assinar seu nome, conforme exigência daquele dispositivo legal.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte autora para sanar o vício contido no documento acostado no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a procuração outorgada é eivada de vício não produzindo, assim, nenhum efeito legal[4].

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

DA INÉPCIA DA INICIAL

DOCUMENTOS ILEGIVEIS

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que verifica se a existência de documentos ilegíveis.

[4] Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, Apelação Cível nº (2009.001.20283), 10ª Câmara Civil, Julgamento: 30/06/2009. "***Apelação Cível. Ação declaratória de inexistência de débito. Tarifa de esgoto. Autor-apelante que apresenta procuração sem assinatura, tendo lançado mera impressão de digital em instrumento particular de mandato.Mandatário analfabeto que deve outorgar poderes em instrumento público, conforme exegese dos arts. 215, § 2º do Código Civil e 366 do Código de Processo Civil. Inércia injustificada após concessão de prazo para a regularização.Atos processuais inexistentes. Inteligência do arts. 13, inciso I, c/c 37, caput e § único e 38, todos do C.P.C. Recurso do qual não se conhece.***"

05/02/2019

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA - DP5ªCIRC DIN/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0095000687

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/02/2019 às 14:54

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 22/10/2018 às 16:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE, 1, EM FRENTE AO REST. RZ DA PICANHA** - Bairro: **CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JM DA SILVA GUINCHOS ME (AUTOR \ AGENTE)
RAFAEL NOBERTO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JM DA SILVA GUINCHOS ME

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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GILVANEIDE MARIA DA SILVA** Data de Nascimento: **21/11/1984** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares:
- 985487227

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **RUA ALTO SANTA HELENA, 95 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOVA DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JM DA SILVA GUINCHOS ME - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: - Endereço Comercial: **PRACA ALVORADA, 1, BLOCO A, AP 9 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM BRASIL - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JM DA SILVA GUINCHOS ME**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JM DA SILVA GUINCHOS ME**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **RJJ 599** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

file:///C:/Users/Pelicia%20de%20Informática/BOEPrint.html

[redacted]

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE AO TRANSITAR DE BICICLETA NA VIA INFORMADA , FOI ATROPELADO PELO VEICULO IDENTIFICADO , E SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO , ALEM DE QUEBRAR SUA PERNA DIREITA NA ALTURA DO PERONI, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMUR E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO. PEDE PROVIDENCIAS.

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

RAFAEL ROBERTO DA SILVA
(VITIMA)

A.O. registrado por: RICARDO LIMA DE FARIAS - Matricula: 3848540

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto que o autor juntou aos autos documentos exigíveis totalmente ilegíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

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, CPC[5].

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.

DA REGULAÇÃO ADMINISTRATIVA

Vale ressaltar que o referido sinistro encontra-se em análise pela Seguradora Ré, sendo a mesma surpreendida pela presente Ação.

[5]"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)

Ademais, de acordo com o art. 5º, §1º, da Lei nº 6.194/74, a regulação do sinistro deve ser realizada no prazo de 30 dias pela seguradora mediante a apresentação pelo segurado dos documentos que o parágrafo do dispositivo menciona.

No presente caso, não foi comprovada pela parte autora a NEGATIVA da Seguradora Ré do requerimento extrajudicial, com referência ao pagamento da indenização securitária, sendo, portanto, indevido o ajuizamento da presente ação.

Neste sentido, a pretensão autoral não merece prosperar pela razão de que, pela narrativa dos fatos se deduz que o procedimento da seguradora está correto.

Com efeito, é incabível a cobrança judicial do DPVAT antes do decurso do prazo legal de regulação do sinistro. Uma vez que antes do decurso do prazo estabelecido por lei não há resistência à pretensão do segurado e, consequentemente, lesão ao suposto direito da vítima.

Importante dizer que não se trata de exigir o esgotamento da via administrativa, mas o fato de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, mesmo porque, como mencionado, a lei prevê prazo para a regulação do sinistro e ele se conta da entrega dos documentos pertinentes a uma das seguradoras integrantes do consórcio DPVAT.

Em qualquer hipótese de acidente, a atitude normal do segurado é procurar uma das seguradoras, para que esta regule, primeiramente, o sinistro. Somente em caso de não pagamento, ressarcimento incompleto ou de mora, as demandas devem ser ajuizadas.

In casu, a parte autora não respeitou o prazo legal que a seguradora dispõe para pagar e ajuizou a presente demanda. Desta forma impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

Caso não seja este o entendimento do i. Magistrado, requer a suspensão do processo e a intimação da parte autora para que manifeste sua concordância ou não quanto a suspensão da presente ação até finalização da regulação do pedido administrativo (pagamento/negativa/cancelamento) ou mesmo sua opção pela desistência da regulação administrativa e prosseguimento da ação judicial.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral[6].

[6] RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima[7].

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, 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.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios[8], 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.

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

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

[8] *"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 impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor****."(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).*

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[9].

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[10]

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

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

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.

Caso não seja este o entendimento de V. Exa., requer requer a suspensão do processo e a intimação da parte autora para que manifeste sua concordância ou não quanto a suspensão da presente ação até finalização da regulação do pedido administrativo (pagamento/negativa/cancelamento) ou mesmo sua opção pela desistência da regulação administrativa e prosseguimento da ação judicial.

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 permanente, conforme 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:

---

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

[10] ***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

- 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 covênio 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. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO**, **OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 23 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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 esfincteriano; (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					
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	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 **RAFAEL NOBERTO DA SILVA**, em curso perante **a 6ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00105667320208172001.

Rio de Janeiro, 23 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

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

31/03/2020

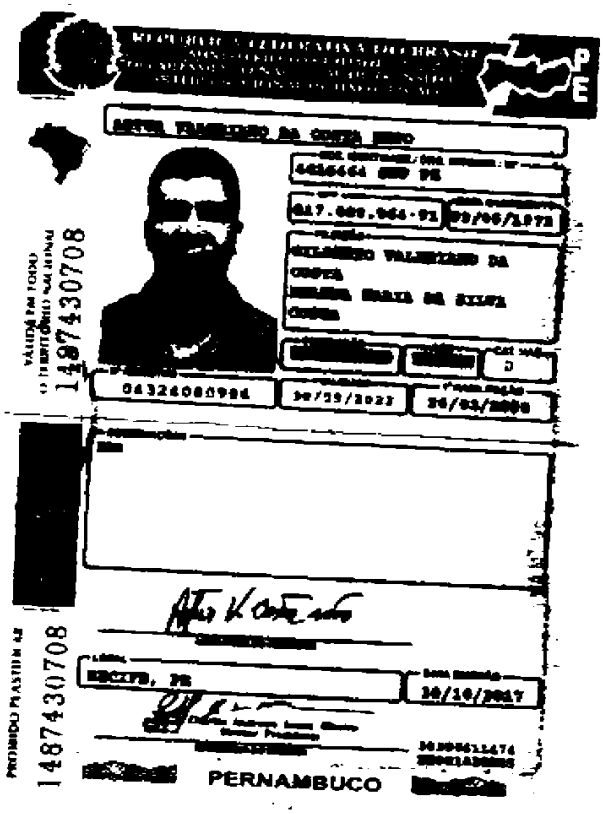
Número: **0010566-73.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 6ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **24/02/2020**
Valor da causa: **R$ 13.500,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RAFAEL NOBERTO DA SILVA (AUTOR)	**DRIENNY SANTOS DE ANDRADE (ADVOGADO)** **ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60050760	31/03/2020 13:33	ANEXO 1	Outros (Documento)


PE
1487430708
1487430708
PERNAMBUCO

Laudo do IML - Lesões corporais

CÓPIA AUTÊNTICA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 15462 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 005A. CIRCUNSCRICAO - CASA AMARELA
Ofício nº. 52 / 2019 Data 8 / 4 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 005A. CIRCUNSCRICAO - CASA AMARELA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às **13:35** do dia **8** de **Abril** de **2019**, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **RAFAEL NOBERTO DA SILVA** filho(a) de **PAI NÃOA DECLARADO** e de **GILVANEIDE MARIA DA SILVA**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **NÃO INFORMADO**, aparentando a idade de **34 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **RECIFE - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **Documento: Carteira de trabalho - NUMERO 35261, SÉRIE 00101PE**, profissão **NÃO INFORMADO**, endereço **RUA ALTO SANTA HELENA, nº 95, complemento: NÃO INFORMADO, bairro NOVA DESCOBERTA, telefone/s NÃO INFORMADO , RECIFE - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando refere atropelamento caminhão x bicicleta em 22/10/18. Refere atendimento inicial pelo SAMU, que o encaminhou para o Hospital da Restauração (HR). Acompanha-se da ficha de esclarecimento do HR assinada pelo Drº Franklin Serra, CRM 7874, que diz "... Fratura fechada de fêmur direito (atropelamento caminhão x bicicleta). TAC de crânio e coluna cervical: sem lesões NCR. Tala inguino podálica direita..." Periciando refere que do HR foi transferido para o Hospital Memorial Jaboatão. Acompanha-se de laudo médico assinado pelo Drº Leonnardo Costa Gonçalves de Oliveira, CRM 23550, que diz "... Data do Internamento:24/10/18, data da cirurgia: 31/10/18, data da alta: 02/11/18. O paciente teve internado em nosso serviço, onde foi submetido a tratamento cirúrgico. Necessita afastar-se de suas atividades por 90 dias..." Informa que recebeu alta do ortopedista e que já voltou a trabalhar. Diz que encontra-se terminando a segunda sessão de fisioterapia.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Presença de cicatrizes lineares hipercrômicas, hipertróficas, localizadas em coxa direita e joelho direito medindo entre 25 e 70 mm. Força presente na coxa e na perna direita, movimenta ativamente o joelho direito.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Solicitado documentação fotográfica.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias.

Cartório do Registro Civil da 13ª Zona Judiciária da Capital
Rua Senador Soares Malcolm, 111 - Casa Amarela - Recife-PE - CEP 52060-360 - Tel.: (81) 3304 4727
Tabelã: Maria da Conceição da Costa Lima
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia xerográfica extraída nesta serventia, que contém nove o original. Dou fé.
Recife, 09 de julho de 2019 11:54:31.
Em testemunho _____ da verdade.
Rodrigo Gonçalves dos Santos (Substituto)
Selo: 0073890.M7Q06201901.03399
Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Distrito de Casa Amarela

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

4°) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Sim. Deformidade permanente (Cicatrizes).

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(ª). GERCINA DALVA DE ALBUQUERQUE BASTOS DUARTE - CRM 11974.

Perito responsável

Rafael Roberto da Silva
420/19
07 05 2019

Cartório do Registro Civil da 13ª Zona Judiciária da Capital
Rua Senador Dantas 117 - Centro - Recife - PE - CEP 50.010-140 - Fone 81 3224-4132
Tabelia Maria da Conceição da Costa Lima
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia fotográfica extraída nesta serventia, que contém fiel e original. Dou fé.
Recife, 09 de julho de 2019 11:54:29.
Em testemunho da verdade.
Rodrigo Gonçalves dos Santos (Substituto)
Selo: 0013890 MI 00201901 03399

Distrito Casa Amarela Recife

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros

ASL-0242464/19

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Data do acidente: 22/10/2018

CPF: 016.394.914-06

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

RAFAEL NOBERTO DA SILVA : 016.394.914-06

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 17/07/2019	Data do cadastramento: 17/07/2019
Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA	Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 016.394.914-06	CPF: 068.500.787-12
RAFAEL NOBERTO DA SILVA	Patrícia Aleixo Silva

Seguradora LÍDER

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEZ NOBERTO DA SILVA

Data do Acidente: 22/10/208 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 016 394 914 06

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ **Registro de Ocorrência Policial** – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
- ☒ **CPF da vítima** (cópia simples)
- ☒ **Comprovante de residência em nome da vítima** (cópia simples)
- ☒ **Formulário do Pedido do Seguro DPVAT** (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ **Registro de Ocorrência Policial** – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ **Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais)**, contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
- ☐ **CPF da vítima** (cópia simples)
- ☐ **Comprovante de residência em nome da vítima** (cópia simples)
- **Pedido do Seguro DPVAT** (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ **Certidão de óbito da vítima** - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
- ☐ **CPF da vítima** (cópia simples)
- ☐ **Documento de identificação de todos os beneficiários** (cópia simples)
- ☐ **CPF de todos os beneficiários** (cópia simples)
- ☐ **Comprovante de residência dos beneficiários** (cópia simples)
- ☐ **Formulário do Pedido do Seguro DPVAT** (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados: _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): RAFAEZ NOBERTO DA SILVA

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal

CPF do portador: 016 394 914-06

E-mail:

Tel.: 81 98671 4099

Data: 09/07/2019 Assinatura: Rafael

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): CORREIOS

Atendente: MAHEZZE GUEDES

Matrícula: 85082953

Data: 09/07/2019 Assinatura

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242464/19

Número do Sinistro: 3190433755

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Data do acidente: 22/10/2018

CPF: 016.394.914-06

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Outros

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

RAFAEL NOBERTO DA SILVA : 016.394.914-06

Autorização de pagamento

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/vitima.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 26/08/2019	Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA	Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 016.394.914-06	CPF: 760.547.217-04
RAFAEL NOBERTO DA SILVA	TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242464/19

Número do Sinistro: 3190433755

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Data do acidente: 22/10/2018

CPF: 016.394.914-06

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Outros

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

RAFAEL NOBERTO DA SILVA : 016.394.914-06

Autorização de pagamento

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 14/10/2019	Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA	Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 016.394.914-06	CPF: 760.547.217-04
RAFAEL NOBERTO DA SILVA	TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0441589/19

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Data do acidente: 22/10/2018

CPF: 016.394.914-06

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA 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
Outros

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA : 016.394.914-06

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: 09/12/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190433755 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 22/10/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO FÊMUR DIREITO.

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

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:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190433755 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 22/10/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO FÊMUR DIREITO.

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

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:

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 PARTICULAR

1 **OUTORGANTE** [illegible]

Portador (a) do documento de identidade n [illegible], expedido por [illegible] em [illegible] inscrito no CPF sob o n [illegible], residente na [illegible] n [illegible] complemento [illegible], Barrio [illegible] cidade [illegible], Estado [illegible]

2 **OUTORGADO** **ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO**

Portador (a) do documento de ident-dade n **4416464**, expedido por **SSP-PE** ,em **10 / 05 /2013** inscrito no CPF sob o n **81700806491**, residente na **RUA APULEU VIEIRA** n **113** complemento **CASA**, Barrio **VARZIA** cidade **RECIFE,** Estado **PE**

Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado a cima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao processo de **INVALIDEZ PERMANENTE**, ao seguro obrigatório- DPVAT, data do acidente [illegible]

[illegible] de [illegible] de [illegible]

OUTORGANTE [illegible]

CARLOS MARINHO

Reconheço Por Autenticidade a firma de RAFAEL ROBERTO DA SILVA em 04/12/2015 as 8:17:04 do dia Em testemunho da verdade
Escrevente ANDERSON DIOGO DOS SANTOS ENDO 159/TSNP 0 eq
FERC 0 42 FERM 0 04 FUNSEG 0 08 1 17 AL 491, Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/se-digital
Selo 0073452 DEV1120160100007

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242464/19

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Data do acidente: 22/10/2018

CPF: 016.394.914-06

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

RAFAEL NOBERTO DA SILVA : 016.394.914-06

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: 17/07/2019
Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA
CPF: 016.394.914-06

RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242464/19

Número do Sinistro: 3190433755

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Data do acidente: 22/10/2018

CPF: 016.394.914-06

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Outros

RAFAEL NOBERTO DA SILVA : 016.394.914-06

Autorização de pagamento

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: 26/08/2019
Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA
CPF: 016.394.914-06

RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242464/19

Número do Sinistro: 3190433755

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Data do acidente: 22/10/2018

CPF: 016.394.914-06

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Outros

RAFAEL NOBERTO DA SILVA : 016.394.914-06

Autorização de pagamento

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: 14/10/2019
Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA
CPF: 016.394.914-06

RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0441589/19

Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Data do acidente: 22/10/2018

CPF: 016.394.914-06

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA 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
Outros

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA : 016.394.914-06

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: 09/12/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

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

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190433755 **Vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA**

Data do Acidente: 22/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL NOBERTO 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

Pag. 01067/01068 - carta_01 - INVALIDEZ

00020534

Carta nº 14618007

Seguradora LÍDER
Autorização de pagamento

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº da vítima: 016394914 06 | Nome completo da vítima: RAFAEZ NOBERTO DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: RAFAEZ NOBERTO DA SILVA | CPF: 016 394 914 06

Profissão: OP. DE MAQUINA | Endereço: RUA AZTO SANTA HEZENA | Número: 95 | Complemento:

Bairro: NOVA DESCOBERTA | Cidade: RECIFE | Estado: PE | CEP: 52090-200

E-mail: | Tel.(DDD): (81) 986714098

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1582 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00014063 5 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CMI) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: RECIFE, 09/07/2019

Nome: RAFAEZ NOBERTO DA SILVA

CPF: 016 394 914 06

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rafall

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

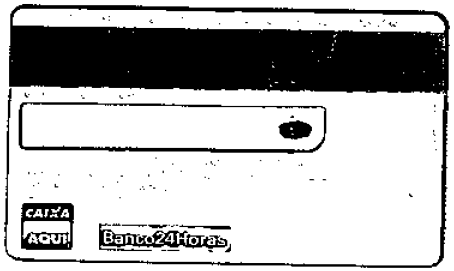
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018



CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG.CASA AMARELA
DATA: 09/07/2019 HORA: 10:43:44
TERMINAL: 00491030 CONTROLE: 004910300160

AGÊNCIA: 1582 - RECIFE ANTIGO
CONTA: 013.00014063-5
CLIENTE: RAFAEL ROBERTO DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
ÚLTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
12/06	31,71
28/06	27,62

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTORICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	59,11C
		Junho	
12/06	000000	REM BASICA	0,00C
12/06	000000	CRED JUROS	0,12C
28/06	000000	REM BASICA	0,00C
28/06	000000	CRED JUROS	0,10C
		Julho	
02/07	021402	DP DIN LOT	100,00C
04/07	041814	SAQUE ATM	60,00D
04/07	041815	SAQUE ATM	40,00D

RESUMO EM 08/07

SALDO	59,33C

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL	59,33C
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO TOTAL	59,33C

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

*Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: *não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)
www.caixa.gov.br

0800 726 0101
(informações, reclamações, sugestões e elogios)

0800 726 2492
(para pessoas com deficiência auditiva)

Ouvidoria
0800 725 7474
(denúncias e reclamações não solucionadas)

CAIXA

*Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)
www.caixa.gov.br

0800 726 0101
(informações, reclamações, sugestões e elogios)

0800 726 2492
(para pessoas com deficiência auditiva)

Ouvidoria
0800 725 7474
(denúncias e reclamações não solucionadas)

CAIXA

*Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)
www.caixa.gov.br

0800 726 0101
(informações, reclamações, sugestões e elogios)

0800 726 2492
(para pessoas com deficiência auditiva)

Ouvidoria
0800 725 7474

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG.CASA AMARELA
DATA: 09/07/2019 HORA: 10:43:44
TERMINAL: 00491030 CONTROLE: 004910300160

AGÊNCIA: 1582 - RECIFE ANTIGO
CONTA: 013.00014063-5
CLIENTE: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
ÚLTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
12/06	31,71
28/06	27,62

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	59,11C
		Junho	
12/06	000000	REM BASICA	0,00C
12/06	000000	CRED JUROS	0,12C
28/06	000000	REM BASICA	0,00C
28/06	000000	CRED JUROS	0,10C
		Julho	
02/07	021402	OP DIN LOT	100,00C
04/07	041814	SAQUE ATM	60,00D
04/07	041815	SAQUE ATM	40,00D

RESUMO EM 08/07

SALDO	59,33C

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL	59,33C
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO TOTAL	59,33C

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3190433755 | CPF da vítima: 01639491406 | Nome completo da vítima: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: RAFAEL NOBERTO DA SILVA | CPF: 016394914-06

Profissão: OPER. MAQUINA | Endereço: R. ALTO SANTA HELENA | Número: 95 | Complemento: C

Bairro: NOVA DESCOBERTA | Cidade: RECIFE | Estado: PE | CEP: 52090-200

E-mail: | Tel.(DDD): (081) 985 48777

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

RECEBIDO
20 AGO 2019
Seguradora Líder DPVAT

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, **sob as penas da lei**, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro D

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superic

Autorizacao de pagamento

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por inv apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: RECIFE, 19 DE AGOSTO 2019

Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

CPF: 016394914-06

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

xRafaell

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradorlider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos. *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

Autorização de pagamento

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Estorno vide verso.

PESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 3190433755 | CPF da vítima: 016.394.914-06 | Nome completo da vítima: Rafael Nobrto da Silva

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Rafael Nobrto da Silva | CPF: 016.394.914-06

Profissão: Op. de máquina | Endereço: Rua Alto Santo Helena | Número: 95C | Complemento: Casa

Bairro: Nova descoberta | Cidade: Recife | Estado: PE | CEP: 52090-280

E-mail: | Tel (DDD): (81) 986714099

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1582 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00014063 5 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Recife 04 outubro de 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rafael

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão **serrepresentados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão **serassistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu**assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

Seguradora LÍDER

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 | 4 - Nome completo da vítima:

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: | 6 - CPF

7 - Profissão: | 8 - Endereço: | 9 - Número: | 10 - Complemento:

11 - Bairro: | 12 - Cidade: | 13 - Estado: | 14 - CEP:

15 - E-mail: | 16 - Fone (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 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): ☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

☐ **Bradesco (237)** ☐ **Itaú (341)** **Nome do BANCO:** _____

☐ **Banco do Brasil (001)** ☒ **Caixa Econômica Federal (104)**

AGÊNCIA: ☐ **CONTA:** ☐ (informar o dígito se existir) | **AGÊNCIA:** ☐ **CONTA:** ☐ (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização referente ao Seguro DPVAT a que faço jus, reconhecendo e dando desde já e somente após a efetivação 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 cálculo do 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 ação de indenização do seguro DPVAT, por meio da análise da documentação médica apresentada com a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, caso necessário, às custas da Seguradora, quer para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Ciente de que esta autorização não implica em aceitação da cobertura securitária, a qual será analisada após a análise do laudo do IML e a apresentação de 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 (a caminho)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora não pagará valores pela indenização do seguro DPVAT para mais de um beneficiário, que se apresentarem e provarem a existência, estando ciente ainda de que quem omitir informação relevante para a concessão do seguro incorrerá em responsabilidade criminal por infração do artigo 244 do Código Penal.

ASSINATURA(S) DO(S) BENEFICIÁRIO(S)

34 -

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

TESTEMUNHAS

38 - 1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11 V002/2019


CAIXA

05/02/2019 Boletim de Ocorrência

Boletim de ocorrencia

RECEBIDO
10 JUL 2019
Seguradora Líder DPVAT

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA - DP5ªCIRC DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **19E0095000687**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/02/2019** às **14:54**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **22/10/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE, 1, EM FRENTE AO REST. RE DA PICANHA** - Bairro: **CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JM DA SILVA GUINCHOS ME (AUTOR \ AGENTE)
RAFAEL NOBERTO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JM DA SILVA GUINCHOS ME

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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GILVANEIDE MARIA DA SILVA** Data de Nascimento: **21/11/1984** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares:
- **985487227**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **RUA ALTO SANTA HELENA, 96 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOVA DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JM DA SILVA GUINCHOS ME - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -
Endereço Comercial: **PRAÇA ALVORADA, 1, BLOCO A, AP 9 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM BRASIL - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JM DA SILVA GUINCHOS ME**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JM DA SILVA GUINCHOS ME**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIJ 599** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

file:///C:/Users/Policia%20civil/AppData/Local/BOEPreview.html 1/2

Cartório do Registro Civil da 13ª Zona Judiciária da Capital
Rua Senador Bernardo Matheus, 111 - Casa Amarela - Recife-PE - CEP: 52070-380 - Fone: (81) 3268-4727
Tabelia: Maria da Conceição da Costa Lima
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprográfica contida nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.
Recife, 09 de julho de 2019 11:54:31
Em testemunho _____ da verdade.
Rodrigo Gonçalves dos Santos (Substituto)
Selo: 0073890:VE:00201901:03401
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE AO TRANSITAR DE BICICLETA NA VIA INFORMADA , FOI ATROPELADO PELO VEICULO IDENTIFICADO , E SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO , ALEM DE QUEBRAR SUA PERNA DIREITA NA ALTURA DO FEMOR, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMUR E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS; NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO. PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RICARDO LIMA DE FARIAS** - Matrícula: **3848940**

Cartório do Registro Civil da 13ª Zona Judiciária da Capital
Tabelã: Maria da Conceição da Costa Lima
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia xerográfica extraída nesta serventia, que contém com o original. Dou fé.
Recife, 09 de julho de 2019 11:54:31.
Em testemunho da verdade.
Rodrigo Cavalcanti dos Santos (Substituto)
Selo: 0073890.KQ002019001.00400
Consulta em www.tjpe.jus.br/selodigital

Boletim de ocorrencia

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005º CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA - DP5ºCIRC
DIM/5ªDESEC

SDS/Policia Civil/PE 2ª USPC 5ª Circunscrição Casa Amarela

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0095004250**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/08/2019** às **14:54**

Complementa o BO Número: **19E0095000687**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **22/10/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE, 1, EM FRENTE AO REST. REI DA PICANHA** - Bairro: **CASA AMARELA** - **RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JM DA SILVA GUINCHOS ME (AUTOR \ AGENTE)
RAFAEL NOBERTO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JM DA SILVA GUINCHOS ME

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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GILVANEIDE MARIA DA SILVA**
Data de Nascimento: **21/11/1984** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6298010/SDS/PE (RG)**, **01639491406 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 985487227**

Endereço Residencial: **RUA ALTO SANTA HELENA, 95 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOVA DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO MERCADINHO MINI PREÇO.**

JM DA SILVA GUINCHOS ME - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -
Endereço Comercial: **PRACA ALVORADA, 1, BLOCO A, AP 9 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM BRASIL - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JM DA SILVA GUINCHOS ME** que estava em posse do(a) Sr(a): **JM DA SILVA GUINCHOS ME**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIJ 599** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE AO TRANSITAR DE BICICLETA NA VIA INFORMADA , FOI ATROPELADO PELO VEICULO IDENTIFICADO , E SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO , ALEM DE QUEBRAR SUA PERNA DIREITA NA ALTURA DO FEMOR, QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMUR E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GLEYVSTON NASCIMENTO SILVA** - Matrícula: **319982-7**

19/08/2019 14:43

Boletim de ocorrencia

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA - DP5ªCIRC
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0095005129

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/10/2019** às **09:00**

Complementa o BO Número: **19E0095004250**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **22/10/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE, 1, EM FRENTE AO REST. REI DA PICANHA** - Bairro: **CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JM DA SILVA GUINCHOS ME (AUTOR \ AGENTE)
RAFAEL NOBERTO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): JM DA SILVA GUINCHOS ME

SDS/Polícia Civil 2ª DIRC 5ª Circunscrição Casa Amarela

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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GILVANEIDE MARIA DA SILVA** Data de Nascimento: **21/11/1984** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6298010/SDS/PE (RG)**, **01639491406 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: - **985487227**

Endereço Residencial: **RUA ALTO SANTA HELENA, 95 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOVA DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO MERCADINHO MINI PREÇO.**

JM DA SILVA GUINCHOS ME - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -
Endereço Comercial: **PRACA ALVORADA, 1, BLOCO A, AP 9 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM BRASIL - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO CAMINHAO , PLACA KIJ 5999, ANO 2013. (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JM DA SILVA GUINCHOS ME**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JM DA SILVA GUINCHOS ME**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/VW/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

04/10/2019 08:49

Placa: **KIJ5999** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9531M52P9DR343**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **DIESEL**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE AO TRANSITAR DE BICICLETA NA VIA INFORMADA , FOI ATROPELADO PELO VEICULO IDENTIFICADO , E SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO , ALEM DE QUEBRAR SUA PERNA DIREITA NA ALTURA DO FEMOR, QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMUR E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, PEDE PROVIDÊNCIAS.ESTE BOLETIM DE OCORRENCIA FOI COMPLEMENTADO PELO BO N° 19E0095004250.

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

Rafael
RAFAEL NOBERTO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ EUGÊNIO NUNES DA SILVA** - Matrícula: **3849279**

04/10/2019 08:49

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA - DP5ªCIRC
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0095005129

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/10/2019** às **09:00**

Complementa o BO Número: **19E0095004250**

ATROPELAMENTO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **22/10/2018** as **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE, 1, EM FRENTE AO REST. REI DA PICANHA** - Bairro: **CASA AMARELA** - **RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JM DA SILVA GUINCHOS ME (AUTOR) AGENTE)
RAFAEL NOBERTO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO. (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): JM DA SILVA GUINCHOS ME

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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GILVANEIDE MARIA DA SILVA** Data de Nascimento: **21/11/1984** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6298010-3D3/PE (RG) 01639491406 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **985487227**

Endereço Residencial: **RUA ALTO SANTA HELENA, 95 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOVA DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO MERCADINHO MINI PREÇO.**

JM DA SILVA GUINCHOS ME - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -
Endereço Comercial: **PRACA ALVORADA, 1, BLOCO A, AP 9 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM BRASIL - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO CAMINHAO , PLACA KIJ 5999, ANO 2013. (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JM DA SILVA GUINCHOS ME**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JM DA SILVA GUINCHOS ME**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/VW/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

04/10/2019 08:48

Placa **KIJ5999** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi **9531M5ZP9DR343**
Ano Fabricação/Modelo **2013/2013** Combustível **DIESEL**

Complemento Observação

INFORMA A VITIMA QUE AO TRANSITAR DE BICICLETA NA VIA INFORMADA , FOI ATROPELADO PELO VEICULO IDENTIFICADO , E SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO , ALEM DE QUEBRAR SUA PERNA DIREITA NA ALTURA DO FEMOR, QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMUR E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, PEDE PROVIDÊNCIAS.ESTE BOLETIM DE OCORRENCIA FOI COMPLEMENTADO PELO BO Nº 19E0095004250.

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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ EUGÊNIO NUNES DA SILVA** - Matrícula: **3849279**

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA - DP5ªCIRC DIM 5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0095000687

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/02/2019** às **14:54**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **22/10/2016** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE, 1, EM FRENTE AO REST. RIB DA MCANHA** - Bairro: **CASA AMARELA - RECIFE/ PERNAMBUCO/ BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JM DA SILVA GUINCHOS ME (AUTOR - AGENTE)
RAFAEL NOBERTO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(a): SILVA GUINCHOS ME

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

RAFAEL NOBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nome: **GILVANEIDE MARIA DA SILVA** Nascimento: **21/11/1984** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares:
- 985487227

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **RUA ALTO SANTA HELENA, 95 - CEP: 55090-030 - Bairro: NOVA DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JM DA SILVA GUINCHOS ME - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -
Endereço Comercial: **PRAÇA ALVORADA, 1, BLOCO A, AP 9 - CEP: 55170-000 - Bairro: JARDIM BRASIL OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade de: **JM DA SILVA GUINCHOS ME** em posse de: **JM DA SILVA GUINCHOS ME**
Categoria Marca/Modelo: **CAMINHAO NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Cor: **NÃO INFORMADO**
Placa: **UNIDADE NÃO INFORMADA**

Placa: **NJJ 595** / PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO

Observação

INFORMA A VITIMA QUE AO TRANSITAR DE BICICLETA NA VIA INFORMADA , FOI ATROPELADO PELO VEICULO IDENTIFICADO , E SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO , ALEM DE QUEBRAR SUA PERNA DIREITA [illegible] VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMUR E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO [illegible] SUCESSO DE PRIMEIROS SOCORROS. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO. PEDE PROVIDENCIAS.

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

RAFAEL ROBERTO DA SILVA
(VITIMA)

Registrado por: RICARDO LIMA DE FARIAS - Matrícula: 3848540

Comprovacao de ato declaratorio

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 004.01.2019
EM: 07.01.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **RAFAEL NOBERTO DA SILVA,** portador do Documento de Identidade nº **6238010** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **016.394.914-06,** declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-543135**, que no dia 22 de outubro de 2018, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão em acidente de trânsito envolvendo automóvel e ciclista, por volta das 20h40, na Avenida Norte, nas imediações ao Restaurante Rei da Picanha e Farmácia Pague Menos, no bairro Casa Amarela, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital da Restauração.
Recife, 07 de janeiro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

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

Comprovante de residencia

compesa

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC.EST. Nº 18.1.001.0014398-2

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

DADOS DO CLIENTE
MICHELLE FELIPE DA SILVA MATRÍCULA: 69190820 Abr/2019
R ALTO SANTA HELENA, N. 00095 - NOVA DESCOBERTA RECIFE PE 5209
0-200
INSCRICAO:735.331.166.0069.000 GRUPO:8 DEB.AUTOMATICO: 069190820

SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
CORTADO	POTENCIAL	1			

HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
A11U157025	01/04/2019	02/05/2019	MEDIA MD

AGUA:
LEIT ANT: 1 CONSUMO:0
LEIT ATUAL MD N LOCAL
LEIT FAT: 1

HISTORICO DE CONSUMO

REFERENCIA	CONSUMO
03/2019	00
02/2019	00
01/2019	00
12/2018	00
11/2018	00
10/2018	00
MEDIA:	00

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS EXIG. PORT. MS Z.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	65	65	64
COR APARENTE	65	65	56
CLORO RESIDUAL	65	65	67
COLIF. TOTAIS	65	65	64
E/COLI	65	65	65

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICOES SANITARIAS DA AGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICOES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2016		0,22
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 04/2019		12,39

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS COFINS	0,00	1,65	0,00
	0,00	7,60	0,00

IMPRESSO EM: 02/05/2019 11:20:20

VENCIMENTO: 15/05/2019 TOTAL A PAGAR: 12,61

MENSAGEM:
IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 68 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R$ 1429.98. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

1411784694

DADOS DO CLIENTE
MICHELLE FELIPE DA SILVA-PROX TERM ONIBUS

DATA DE VENCIMENTO
13/06/2016

TOTAL A PAGAR
R$ 0,62

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

DATA DA APRESENTAÇÃO

NUMERO DA NOTA FISCAL

CONTA CONTRATO
4011464632

CLASSIFICAÇÃO

ENDEREÇO

PERIODO CONSUMO

CONSUMO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar e perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

55,18

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 022 1204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2]**

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

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

Pelo exposto, eu [illegible] inscrito(a) no CPF [illegible] na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário [illegible] inscrito(a) no CPF sob o Nº [illegible] do sinistro de DPVAT cobertura [illegible] da Vítima [illegible], inscrito(a) no CPF sob o Nº [illegible] conforme determinação da Circular Susep 445/12

☐ Declaro Profissão: _____ Renda _____ e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal

Endereço: [illegible] Número: [illegible] Complemento: [illegible]

Bairro: [illegible] Cidade: [illegible] Estado: [illegible] CEP: [illegible]

E-mail: [illegible] Telefone (com DDD): [illegible] Telefone celular (DDD): [illegible]

[illegible] de [illegible] de [illegible]

Local e Data

[illegible]

Assinatura do Declarante

SI V001.2017

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO

LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: RAFAEL NOBERTO DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

Documentacao medico - hospitalar

CID-10: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

DATA DE INTERNAMENTO: 24/10/2018

DATA DA CIRÚRGIA: 31/10/2018

DATA DE ALTA: 02/11/2018

DATA CONSULTA DE RETORNO: 14/11/2018 **HORÁRIO:** 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2 DE NOVEMBRO DE 2018

MEDICO: LEONNARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1043666/2018.

NOME: RAFAEL NOBERTO DA SILVA.

Foi atendido às 22h04 do dia 22.10.2018.

Diagnóstico provável: Fratura fechada de fêmur direito (Atropelamento caminhão x Bicicleta)

Tratamento realizado:
TAC de crânio e coluna cervical sem lesões NCR
RX de tórax, Bacia e MID
Tala inguino-podálica direita
Analgesia
Trat. de suporte clínico

Obs. Alta em 25.10.2018

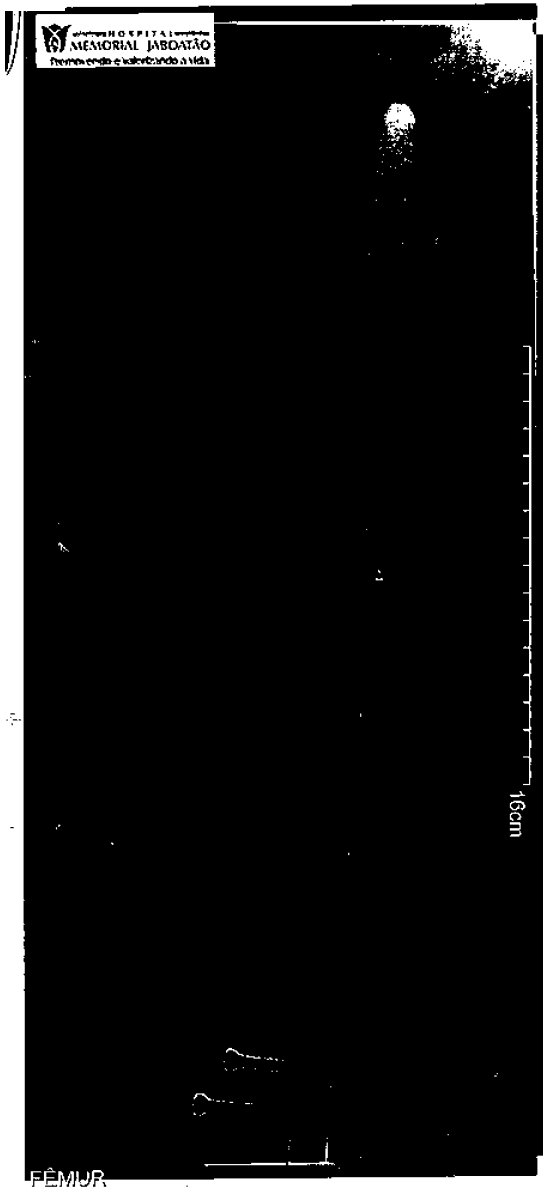
As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

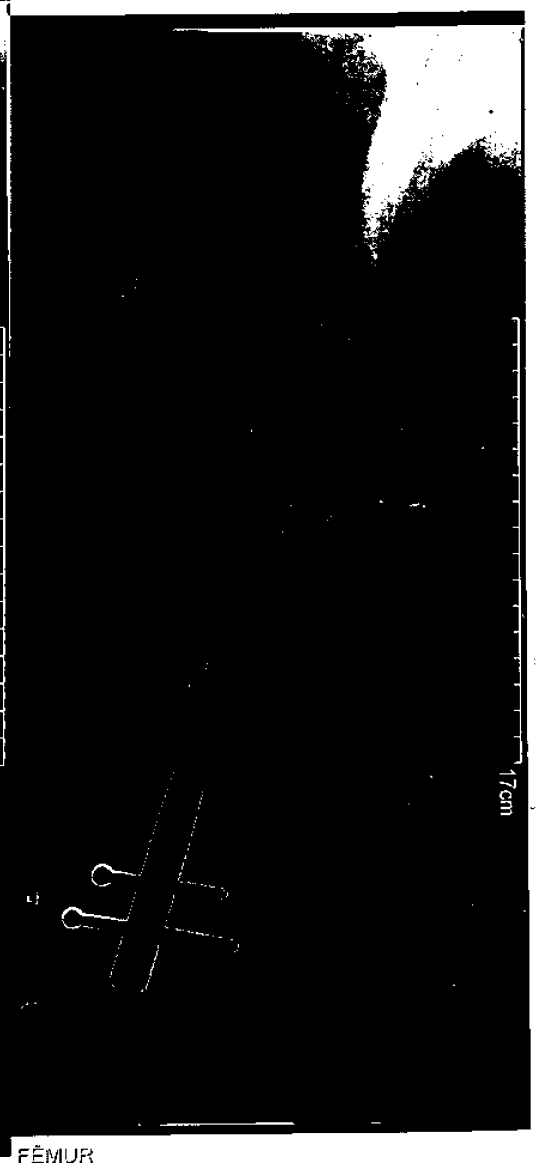
Cópia de Prontuário Médico em 23.01.2019

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Medico do SAME
CRM: 7914

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1043666/2018.

NOME: RAFAEL NOBERTO DA SILVA.

Foi atendido às 22h04 do dia 22.10.2018.

Diagnóstico provável: Fratura fechada de fêmur direito (Atropelamento caminhão x Bicicleta)

Tratamento realizado:
TAC de crânio e coluna cervical sem lesões NCR
Rx de tórax, Bacia e 1410
Tala inguino-podálica direita
Analgesia
Trat. de suporte clínico

Obs. Alta em 25.10.2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 23.01.2019

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para. INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

MEMORIAL JABOATÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo	Código	Revisão
GESTÃO DE PESSOAS	FAT SAM 01	00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Rafael Roberto da Silva

REGISTRO: 75 9 0 7 7 DATA DE NASCIMENTO: 21 / 11 / 1984

RG: 6 2 3 2 6 1 0 ORGÃO EMISSOR: SDS / PE

ENDEREÇO: Alto Santa Luzia nº 91 Barra Nova Piedade Casa Amarela

NOME DA MÃE: Gilvanete Maria da Silva

DATA ADMISSÃO: 27 / 10 / 2018 DATA ALTA: 01 / 11 / 2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 31 / 10 / 2018 CID S 7 2 3

DIAGNÓSTICO: Fratura da Diáfise do Fêmur Direito

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura da Diáfise do Fêmur Direito + Esplanada Atividades c/ aus / Suspensão de Muletas / Gramas

MÉDICO: Carlos Candido

CREMEPE: 12336

JABOATÃO DOS GURARAPES, 14 DE novembro DE 2018.

MÉDICO

convenlado

Paciente: [illegible]

Nº Cartão SUS: _____ Sexo: ____ Idade: _____

RECEITUÁRIO

[illegible]

Dr. Washington S. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CREMERE 6 104

Sumário de Admissão e Alta

Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA **Prontuário:** 153087

Atendimento: 152929 **Unidade de Internação:** CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino **Leito:** - ENF 11 - LEITO 36

Diagnóstico Inicial (Constante no LaudoMédico): FX DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO CID S72.3

Procedimento Solicitado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

Tempo de permanência Previsto: 9 dias 04150100 12

Procedimento SUS Realizado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR
+ 0408060123 - Implantes Articular

Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

1. Auxiliar Cirurgico: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO
2. Auxiliar Cirurgico:
3. Auxiliar Cirurgico:

Demais Auxílios cirurgicos:

Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Clinico:

Cirurgico:

Secretaria de Saúde - PJGr
DGOR - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell Dourado
Médica Auditora/SUS - CRM: 8924
CPF: 298.725.884-49

Procedimentos Especiais

- Mudança de Procedimento
- Diaria de UTI
- Diaria de Acompanhante 2
- Cadeira Articular
- Uso de Prótese Órtese
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S72 - FRAT DO FEMUR

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta: Alta com Retorno

Data da Internação: 24/10/2018 Data da Alta: 02/11/2018 Dias de Hospitalização: 09 Dia(s)

RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

CRM: 25476

ANEXO I

SUS — Ministério da Saúde — Secretaria de Saúde Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação de Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

2 - CNES: 0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Rafael Noberto da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 046646

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DO NASCIMENTO: 23 / 11 / 1984

9 - SEXO: Masc. [X] Fem. [ ]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (Rua, Nº, BAIRRO): Rua Alto Santa Helena Bairro. Nova Descoberta nº. 95

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Recife

14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF:

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando fratura fechada de fêmur direito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Acima descrito

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

Anamnese + Exame físico + Raio X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura fechada de fêmur direito

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Transferência p/ tto em Fratura Tenue

25 - CÓD DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: Trauma

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF

29 - Nº DOCUMENTO CNS / CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE: 02247315149-47

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE: [illegible] 2º TEN. ME CRM-PE [illegible]

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 23 / 10 / 18

32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: Carvalho de Lacerda 1º TEN. MÉDICO CRM-PE [illegible]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ DA EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: PJ

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

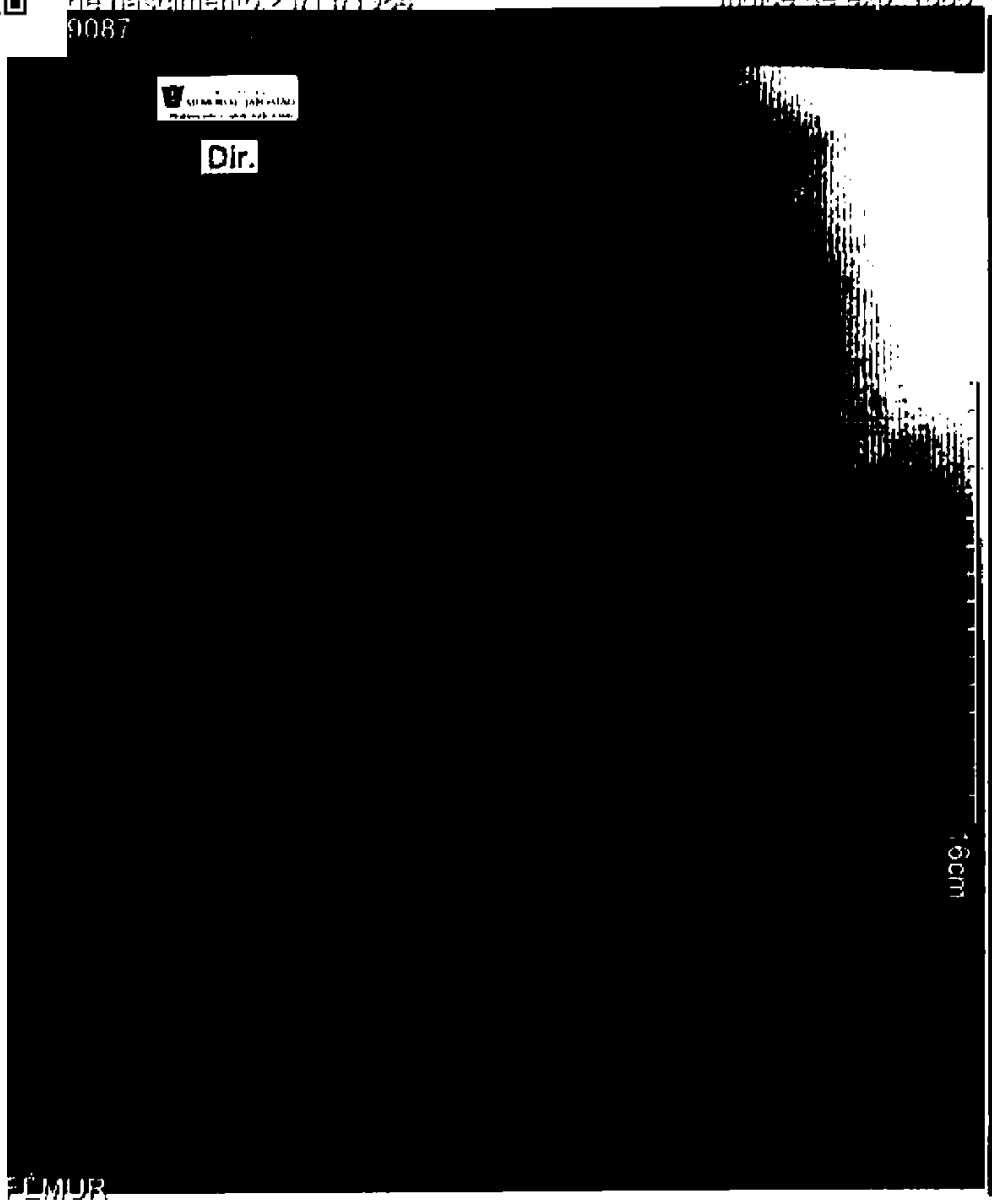
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

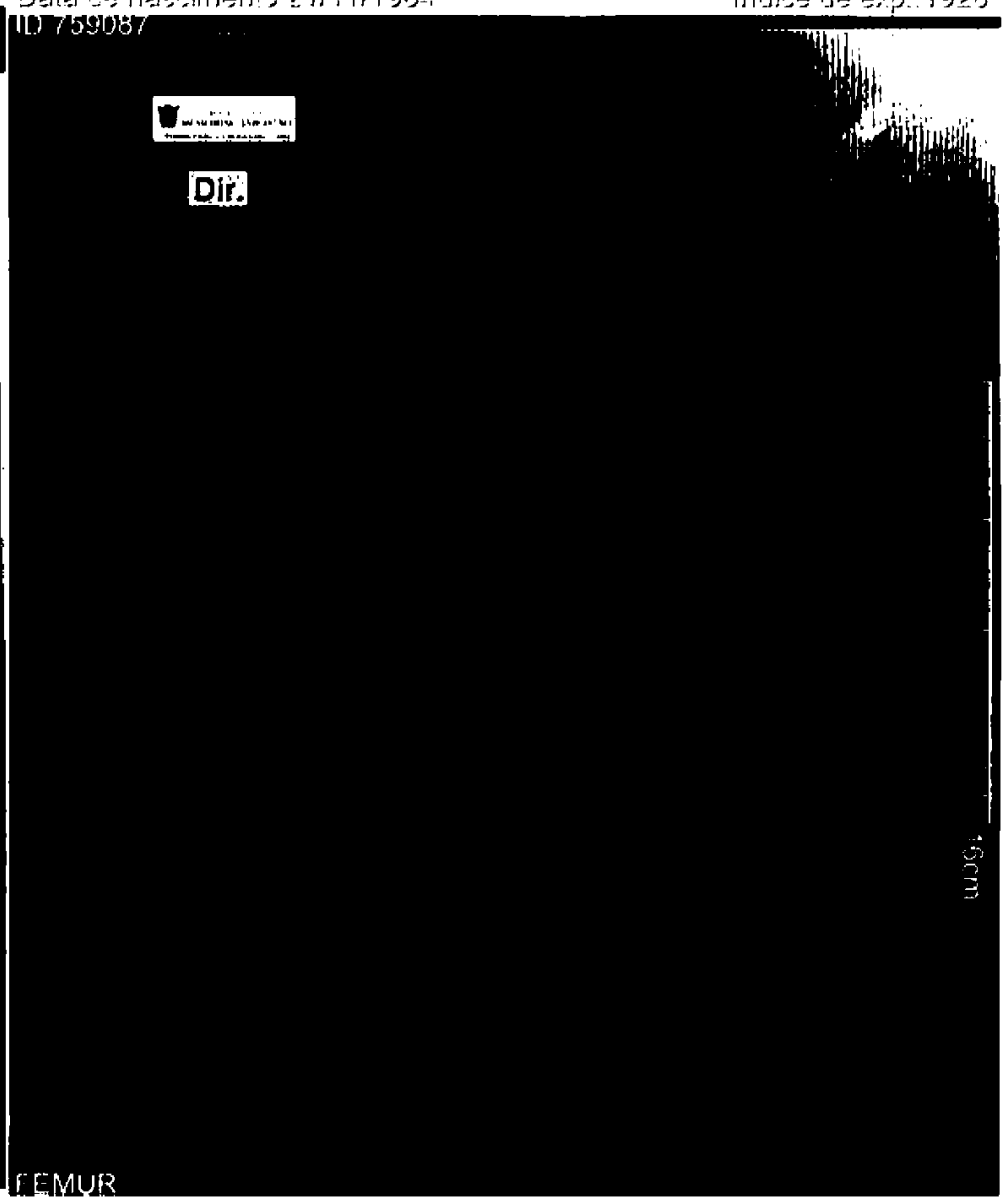
48 - ASSINATURA E CARIMBO (NOME DO CONSELHO): Secretaria de Saúde - PJ Dados Gerais Maria Cecília Bezerra Dornelas CPF: 296.728.804-00 Gerente Auditor

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Cod. 0002

(6) [illegible] Renan SCC974.





SUS — Ministério da Saúde — Secretaria de Saúde Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação de Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
2 - CNES: 0000655
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:
4 - CNES:

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE: Rafael Norte da Silva
5 - Nº DO PRONTUÁRIO: 046696
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
08 - DATA DO NASCIMENTO: 23/11/1974
09 - SEXO: Masc. X Fem.
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (Rua, Nº, BAIRRO): Rua Alto Santa Helena Bairro Nova Descoberta nº 95
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Recife
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO:
15 - UF:
16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando fratura fechada de fêmur direito.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERAÇÃO:

Acima descrito.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

Anamnese + Exame físico + Raio X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura fechada de fêmur direito
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Transferência p/ tto em Fratura Trauma
25 - COD DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA: Trauma
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO:
28 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS - CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE): 02478514947
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE): Carlos Cativa — 2º TEN. MÉD. — CRM-PB
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 03/10/18
32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: Carlos Cativa — TEN. MÉDICO — CRM-PB

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ DA EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - CODIGO ÓRGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS - CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (NOME LEGÍVEL)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Cod. 0002

Denise SC0974.

Convênio: SUS - INTERNAMENTO Atendimento: [illegible] Nascimento: [illegible]

Responsável: Prontuário: [illegible] Sexo: Masculino

Nome: RAFAEL [illegible] DA SILVA Data e Hora do Atendimento: [illegible]

Idade: [illegible] Anos [illegible] Meses e [illegible] Dias Profissão: Escolaridade:

CPF: Identidade: [illegible] Telefone:

Conjuge: Estado Civil: Cartão SUS: [illegible]

Nome da Mãe: [illegible] MARIA [illegible] SILVA Nome do Pai: [illegible]

Endereço: [illegible] SANTA HELENA NOVA DESCOBERTA CEP: [illegible] NT [illegible] RECIFE - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDIA Enfermaria / Leito: ENF [illegible]

Médico: [illegible] PEREIRA FERREIRA [illegible] 23664 CID: [illegible]

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE [illegible] ANOS VÍTIMA DE ACIDENTE BICICLETA + CAMINHÃO HÁ 2 DIAS

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITÁRIOS:

NDN

EXAME FÍSICO GERAL:

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR 2T BNF S/ S

AP - RESPIRATÓRIO:

[illegible]

ABDOMEN:

[illegible]

AP - GENITO - URINÁRIO:

NDN

OUTROS:

NDN

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE [illegible] DIREITO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA: Alta com Curativo

DATA: 02/11/2018 HORA DE SAÍDA:

Antio Alves
Médico
CRM-PE 23664

ANTIO ALVES PEREIRA [illegible]

Usuário: RANILSON FRANCISCO DE
Data: 31.12.2018 12:31:14
Hora: 13:51

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: RAFAEL NOBERTO DA SILVA
Prontuário: 759087
Atendimento: 182919
Unidade de Internação / Leito: ENF 11 - LEITO 06
Sexo: Masculino
Idade: 33 Anos 11 Meses e 10 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

Risco Operatório:

Cirurgias Realizadas: 0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

0408060123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES

Data: 31.12.2018

01 Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

02 1. Auxiliar Cirúrgico: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

03 2. Auxiliar Cirúrgico:

04 Instrumentador:

Anestesista: RAQUI ANESTESIA

05 Anestesista:

Anestesiologista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
ACESSO DE 3CM TRANSTENDÃO PATELAR DIREITO
ABERTURA POR PLANOS + EXPLORAÇÃO ARTICULAR
COLOCADO INICIADOR EM AREA INTERCONDILAR
FRESAGEM DO CANAL INTRAMEDULAR
PASSAGEM DE HASTE INTRAMEDULAR RETROGRADA
BLOQUEIO DA HASTE COM PARAFUSOS DE BLOQUEIO DISTAL E PROXIMAL
INSERIDO PARAFUSO TAMPÃO
LAVAGEM COM SF0,9%
[illegible]

RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO
CRM 25478

Documentos de Identificacao

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.298.010

DATA DE EXPEDIÇÃO 31/05/2019

NOME
<< RAFAEL NOBERTO DA SILVA >>

FILIAÇÃO
<< >>
<< GILVANEIDE MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE
RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO
21/11/1984

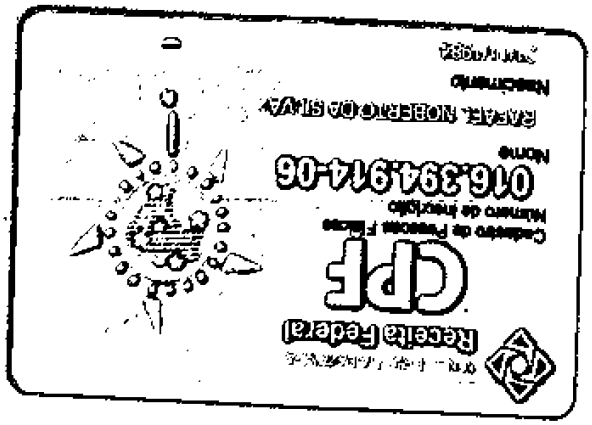
DOC.ORIGEM << 073890 01 55 1986 1 00068 004
0079339 16 RECIFE-PE >>

CPF
016.394.914-06

ASSINATURA DO DIRETOR
PAULO TENORIO DE CARVALHO
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

21933353040615400 9.8676496 F-86 55.008 - 4223


Receita Federal
CPF
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição
016.394.914-06
NOME
RAFAEL NOBREGA DE SILVA
NASCIMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

EC-2

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.298.010

DATA DE EXPEDIÇÃO 31/05/2019

NOME
<< RAFAEL ROBERTO DA SILVA >>

FILIAÇÃO
<< >>
<< GILVANEIDE MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE
RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO
21/11/1984

DOC. ORIGEM << 073080 01 55 1986 1 00064 004
0079339 16 RECIFE-PE >>

CPF
016.304.514-05

LEI Nº 7.116