



06/04/2020

Número: **0000248-81.2019.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **26/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60328914	06/04/2020 14:38	2710018_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



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

Processo: 00002488120198172610

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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 **JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **06/05/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **22/09/2017**.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que o boletim de atendimento medico apresentado pela parte autora não atesta que as lesões teriam decorrido do acidente alegado.

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



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

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

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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;



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 FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**⁴.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Conforme observado nos documentos acostados a exordial, o boletim de atendimento médico não atesta em momento algum que as lesões teriam decorrido do aduzido acidente.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

⁴“SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

⁵“APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETES ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)

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



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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **06/05/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁶.

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

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

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 Nº 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.



Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁷.

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

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

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

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

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

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

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

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

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 pátrios⁸, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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 APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a**

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



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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁹.

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 ação¹⁰

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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).

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 convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FLORES, 25 de março de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **FLORES**, nos autos do Processo nº 00002488120198172610.

Rio de Janeiro, 25 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0000248-81.2019.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **26/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60328915	06/04/2020 14:38	ANEXO 1	Outros (Documento)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DUT



DETTRAN - PE Nº 013222487601

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

224189271 2017

ALUGUERO BARBOSA SIQUEIRA

FLORIANÓPOLIS

749 701 194 49 2017

PLACA ANT/UF 749 701 194 49 2017

***** 9CZCGL640AR032888

PAS / MOTOCICLETA

ROBEN / MODELO

ROBEN / OCT 150 TITAN MIX EX

2P/149CC

2P/149CC

1 IFVA 2017 QUITADO

V 1

FLORIANÓPOLIS

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

PE Nº 013222487601 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALUGUERO BARBOSA SIQUEIRA

CASA FLORIANÓPOLIS

56850-000

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGURO

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

224189271

749 701 194 49

ROBEN / MODELO

ROBEN / OCT 150 TITAN MIX EX

2010

9CZCGL640AR032888

PRÊMIO TAFIFARIO

PRÊMIO TAFIFARIO

PRÊMIO TAFIFARIO

PRÊMIO TAFIFARIO

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

05/03/17

Outros

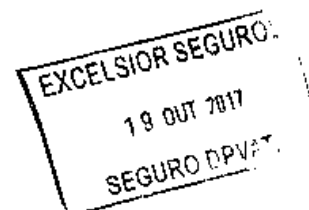


DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 02 de Outubro de 2017

X Marcilene Barbosa Siqueira



DE: ROSANA MENEZES

RUA: ORACIO DE ANDRADE

103, SALA 02

CENTRO

SERVIÇO VALHADA - PE

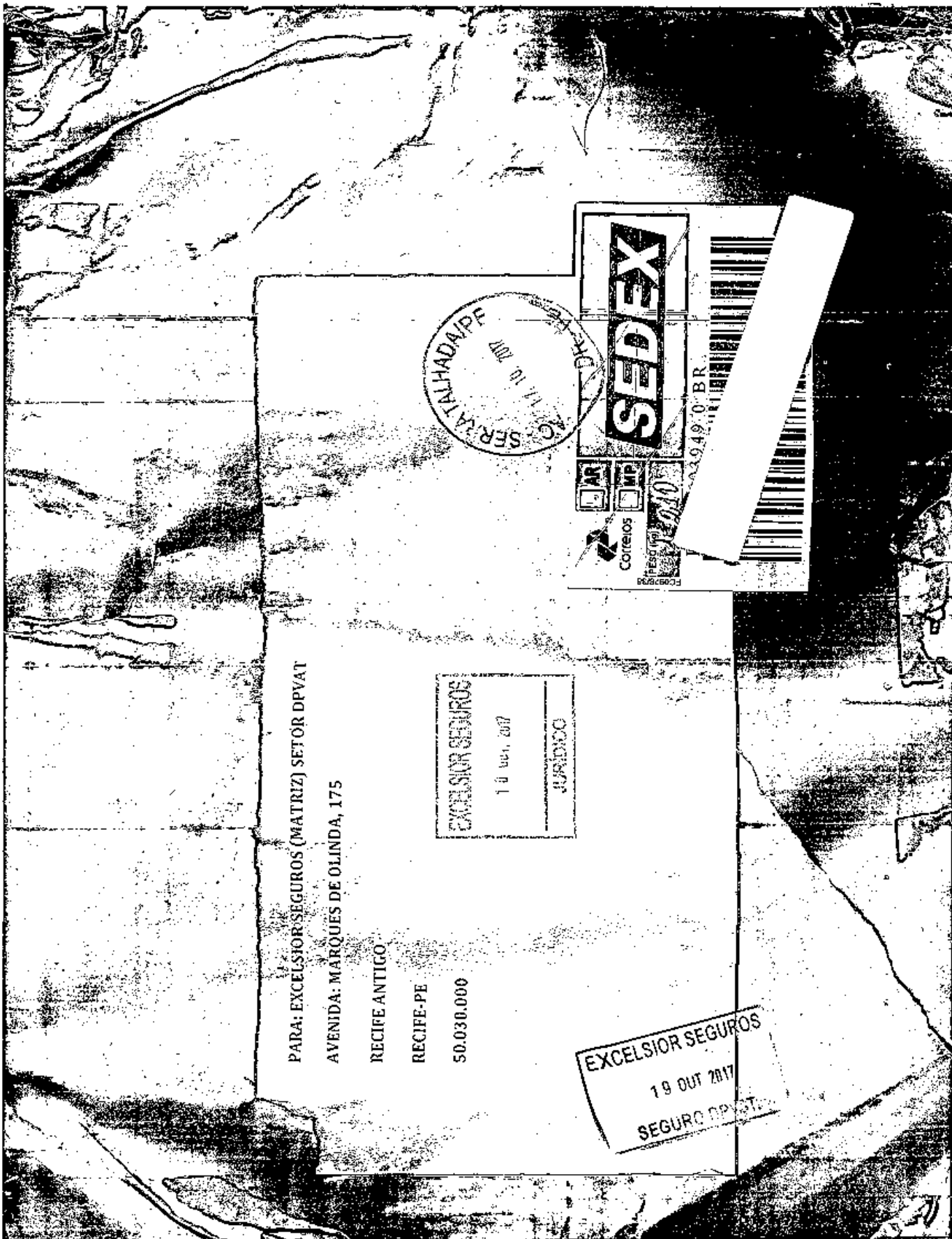
CEP: 55000.000

EXCELSOR SEGUROS

01 OUT 2017

SEGURO DPVAT





PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000

EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
JURIDICO

EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170562728 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: DEBILIDADE DOS MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL /50% DE 25% = 12,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170562728 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: VITIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA DE BOM ASPECTO, COM DEFORMIDADE PEQUENA LOCAL ASSOCIADA À LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO, BEM COMO DA ROTAÇÃO EXTERNA.

Resultados terapêuticos: VITIMA FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/11/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Erlandio de Melo Junior

CRM do médico: 15940

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: SIMONE CUNHA SANCHES

CRM do médico: 5271743-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Procuração

Procuração



Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

portador(a) do documento de identidade nº 8.017.200 expedido por SDS/PE, em

27/04/2010 inscrito no CPF sob o nº 077.453.584-93, residente na

SI Tenorio nº 1020

complemento Casa, Bairro Zona Rural, cidade

Flóres, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

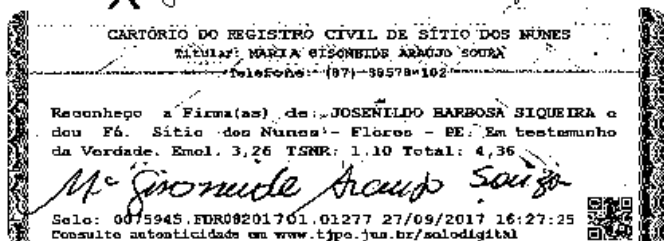
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

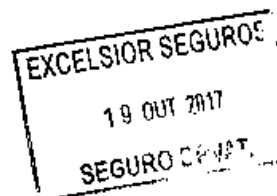
Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 26 de setembro de 2017.

Outorgante X JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA



CARTÓRIO DO REG. CIVIL
E TABELIONATO
M. Eisenheld A. Souza
Tábilis



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA** Sinistro: **3170562728** Data: **06/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **SI TENORIO, 1020, CASA - ZONA RURAL - Flores - PE - CEP 56850-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **8017200**

Data local do exame: [**21/11/2017**] **Afogados da Ingazeira** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. VITIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA DE BOM ASPECTO, COM DEFORMIDADE PEQUENA LOCAL ASSOCIADA À LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO, BEM COMO DA ROTAÇÃO EXTERNA.**

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

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **VITIMA FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER.**

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

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

Limitação funcional do ombro direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
Ombro direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 15940/PE-11.921
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT)

Francisco Erlandio de Melo Junior - CRM: 15940 - PE



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2017

Carta nº: 11865046

A/C: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170562728 ASL-0405497/17

Vitima: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

Data Acidente: 06/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01443/01444 - carta_01



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2017

Carta nº: 11865571

A/C: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170562728 ASL-0405497/17
Vítima: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **06/05/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00869/00870 - carta_03



Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2017

Carta nº: 11958066

A/C: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

Sinistro: 3170562728 ASL-0405497/17
Vítima: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00403/00404 - carta_02



Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12044632

A/C: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

Nº Sinistro: 3170562728
Vitima: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA
Data do Acidente: 06/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000917-2

Conta: 0000028870-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01613/01614 - carta_15R - INVALIDEZ

00010807





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Josenildo Barbosa SiqueiraPORTADOR(A) DO RG Nº 8.017.200EXPEDIDO POR SDS / PEEM 27/04/2019CPF 037433684-93 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO agricultorE RENDA MENSAL DE R\$ 00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Josenildo Barbosa Siqueira. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 917-2 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28870-5

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

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

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

Será paga de 02 de Outubro de 2017 X Josenildo Barbosa Siqueira
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



Extrato de Conta Corrente
Cliente: JOSENILDO B SIQUEIRA

Agência: 917-2 Conta: 28870-5

Lançamentos

Dia	Histórico	Valor
03/10/2017	Saldo Anterior	0,00 (+)

Informações Adicionais

Juros	0,00
Data de Débito de Juros	01/11/2017
IOF	0,00
Data de Débito de IOF	01/11/2017

Total Aplicações Financeiras 0,00

* Saldos por dia Base

Sujeitos a confirmação no momento da contratação

EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO DPV-T





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES - DP179ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0269000409**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/09/2017** às **14:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/5/2017** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, SITIO TENORIO** Bairro: **CENTRO** - **FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
AUGUSTO BARBOSA SIQUEIRA (OUTRO)
JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: {Usado na geração da ocorrência} , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA



Akson Leite
Agente
Mat 221.100-9

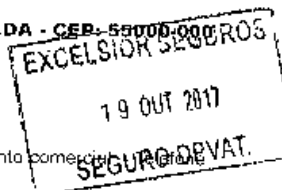
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEILDA BARBOSA SIQUEIRA Pai: AUGUSTO BARBOSA SIQUEIRA Data de Nascimento: 26/3/1993 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, SITIO TENORIO, MERCADINHO DE ILDA. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

AUGUSTO BARBOSA SIQUEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, SITIO TENORIO, MECADINHO DE ILDA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO HOUVE - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial de Contato: -



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AUGUSTO BARBOSA SIQUEIRA**, que estava em posse do(o) Sr(a): **JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

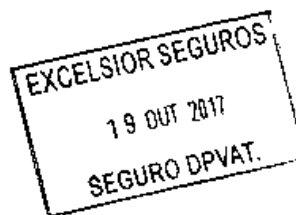


Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **KIT2291** (PERNAMBUCO/FLORES) Renavam: **224189271** Chassi: **9C2KC1640AR032888**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE O SR JOSENILDO VEM COMUNICAR QUE TRAFEGAVA COM A REFERIDA MOTOCICLETA PROXIMO A SUA RESIDENCIA E QUANDO FOI PASSAR EM UM ACLIVE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR. FOI SOCORRIDO AO HOSPAM EM SERRA TALHADA CONFORME BOLETIM EM ANEXO. O COMUNICANTE INFORMA AINDA QUE NAO POSSUE CNH. SEM MAIS, ENCERRO ESTE TERMO.

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

*Josenildo Barbosa Siqueira***JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA**
(VITIMA)B.O. registrado por: **AKSON NOAN DE QUEIROZ LEITE MAT. 221100-9** - Matrícula: **221100-9**

Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Josenildo Barbosa Siqueira, portador da carteira de identidade nº 8.017.200 e inscrito no CPF/MF sob o nº 073.453.584-93 residente e domiciliado na SI Tenorio, 1020, Zona Rural Cidade Flores Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

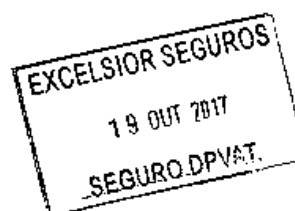
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Josenildo Barbosa Siqueira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Serra Talhada 02/10/17

Local e data



Declaração

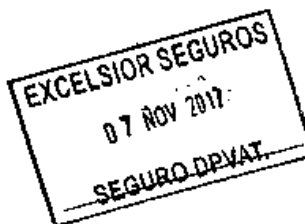
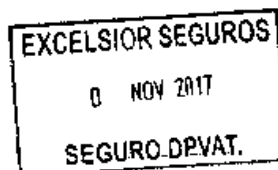
Comprovação de ato declar:



DECLARO que quanto a queda não imputarei
ocidente com moto não é responsabilidade
minha, e sim, do responsável do atendimento.
Veja meu ocidente foi na zona rural local onde
não existe atendimento do BAMBUI, sou e
muito menos Polícia Rodoviária, no momento do
ocidente consegui voltar para minha casa e meu
Pai foi até a casa do vizinho e pediu o socorro
com o carro particular dele, cheguei emponha
Tenho sido ocidente com moto multa
responsabilidade não tenho imputado. Pego a
com BAMBUI de Tabela e quando me passa pelo
instar prejudicado, dificuldade para pagar RENO,
sem força.

Sua Tailada, 07 de Novembro de 2017

Yosunildo Barbosa Siqueira



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	28/11/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA

BANCO: 001

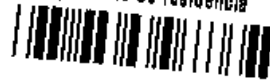
AGÊNCIA: 00917-2

CONTA: 000000028870-5

Nr. da Autenticação 578001612EE005F5



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

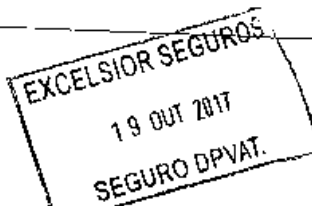
Eu, Josenildo Barbosa Siqueira

RG nº 8.017.200, data de expedição 27/04/2010 órgão SDS/PE

CPF nº 077.453.584-93 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sl Tenorio</u>
Número	<u>1020</u>
Apto / Complemento	<u>Cama</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Flomen</u>
Estado	<u>Pe</u>
CEP	<u>56850-000</u>
Telefone de Contato	<u>1871 9634-4907</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.



Local e Data: Serra Talhada 02/10/17

Assinatura do Declarante: X Josenildo Barbosa Siqueira





Companhia Saneamento de Pernambuco
Sociedade Anônima de Economia Mista
Av. João de Barros, 111 - Sala 1001 - Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ: 07.530.000/0001-00 E-mail: atendimento@celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSEILDO BARBOSA SOUZA
CPF: 077.453.504-93

EMPREGO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI TENORIO 1020

FLORES/TEORIO
FLORES PE
58950-030

CLASSIFICAÇÃO

GRUPO RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

Nº DA NOTA FISCAL 031864780
DATA DE EMISSÃO 10/08/2017
Nº DO CLIENTE 2016935131
Nº DA UNIDADE 0314188

7023412378 08/2017
23/08/2017 15/08/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 55,68

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR (R\$)
Consumo Água (M³)	74,0000000	0,6540488	48,40
Adesivo Bandeira AMARELA			1,03
Adesivo Bandeira VERMELHA			1,45
Contribuição Manutenção Pública			4,28
ICMS Subvenção CDE NF 60157253-13/08/17			0,51

TOTAL DA FATURA

W DO	TIPO DA	ANTERIOR	CONSUMO	DATA	ATUAL	DATA	LEITURA	Nº DE	COMETANTE	A.3.3.3.3	CONSUMO (M³)
115454204	1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1

W DO	TIPO DA	ANTERIOR	CONSUMO	DATA	ATUAL	DATA	LEITURA	Nº DE	COMETANTE	A.3.3.3.3	CONSUMO (M³)
115454204	1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1

EXCELSOR SEGURO
19 OUT 2017
SEGURO DPVAT

W DO	TIPO DA	ANTERIOR	CONSUMO	DATA	ATUAL	DATA	LEITURA	Nº DE	COMETANTE	A.3.3.3.3	CONSUMO (M³)
115454204	1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	1-1-1-1-1-1





Tarifa Social de Energia Elétrica, criada pela Lei 10.438, de 24/04/02
NOTA FISCAL Nº 2278078019 - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Sá, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50033-002
CNPJ 10.835.038/0001-08 | fone: (81) 300343-93 | www.celpe.com.br

Comprovante de residência



DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 368.710.384-15

IPSE/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA-PE
44- 54012-130

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
Residencial

CONTA CONTINUA Nº 2278078019
DATA DE VENCIMENTO 27/08/2018

PERÍODO DE CONSUMO 18/07/2018 a 26/07/2018

CONTA CONTINUA Nº	2278078019	DATA DE VENCIMENTO	27/08/2018
PERÍODO DE CONSUMO	18/07/2018 a 26/07/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	124,18

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	177,000000	0,6300571	111,52
Contribuição Iluminação Pública			7,34
ICMS Substituição - CDE NF 002 101538-1804/8			1,17
Multa por atraso - NF 00131818 - 18/05/18			2,43
Juros por atraso - NF 00131818 - 18/05/18			0,71
PRO-CRIANÇA (081241781818) 0005218569			0,88

TOTAL DA FATURA 124,18

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	Tipo da Tarifa	Anterior	Posterior	Atual	Consumo	Constante	Ante
22016	44	15-06-2018	16-06-2018	17-06-2018	10,367	1,0000	17,60

DESCRIÇÃO DO CONSUMO		CONSUMO DE CONSUMIDORES		CONSUMO DE CONSUMIDORES	
DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
JUN 16	122	JUN 16	122	JUN 16	122
JUN 16	318	JUN 16	318	JUN 16	318
JUN 16	250	JUN 16	250	JUN 16	250
JUN 16	189	JUN 16	189	JUN 16	189
JUN 16	201	JUN 16	201	JUN 16	201
JUN 16	211	JUN 16	211	JUN 16	211
JUN 16	202	JUN 16	202	JUN 16	202
JUN 16	243	JUN 16	243	JUN 16	243
JUN 16	237	JUN 16	237	JUN 16	237
JUN 16	186	JUN 16	186	JUN 16	186
JUN 16	173	JUN 16	173	JUN 16	173
JUN 16	183	JUN 16	183	JUN 16	183
JUN 16	186	JUN 16	186	JUN 16	186

Informações importantes:
Neste boleto, o valor do consumo é calculado com base no valor de referência de 1 kWh = 0,6300571 R\$. O valor do consumo é calculado com base no valor de referência de 1 kWh = 0,6300571 R\$. O valor do consumo é calculado com base no valor de referência de 1 kWh = 0,6300571 R\$.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES		DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES	
DATA	VALOR	DATA	VALOR
JUN 16	122	JUN 16	122
JUN 16	318	JUN 16	318
JUN 16	250	JUN 16	250
JUN 16	189	JUN 16	189
JUN 16	201	JUN 16	201
JUN 16	211	JUN 16	211
JUN 16	202	JUN 16	202
JUN 16	243	JUN 16	243
JUN 16	237	JUN 16	237
JUN 16	186	JUN 16	186
JUN 16	173	JUN 16	173
JUN 16	183	JUN 16	183
JUN 16	186	JUN 16	186

CONTA CONTINUA Nº 2278078019
DATA DE VENCIMENTO 27/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 124,18

EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO DPVAT



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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Cavalcanti inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.394.744/25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joãoildo Barbosa Siqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.453.584-93 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Joãoildo Barbosa Siqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.453.584/93, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☐ Recuso informar

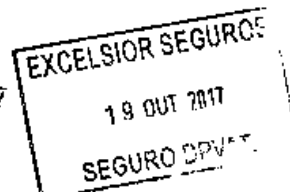
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Francisco Olavo</u>		<u>110</u>	<u>Cama</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>IPSE</u>	<u>Serra Talhada</u>	<u>PE</u>	<u>56912-130</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)

Serra Talhada, 11 de Outubro de 2017
Local e Data

Rosana de M. S. Cavalcanti
Assinatura do Declarante



DLDRLD001 V001/2017



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

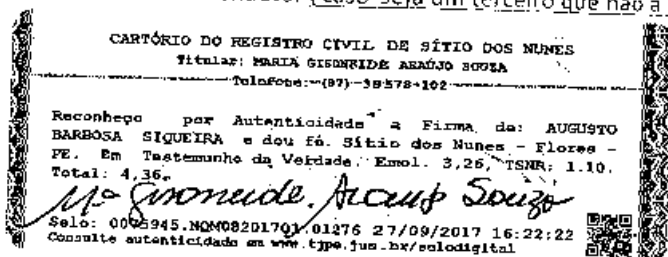
Eu, Augusto Barbosa Siqueira,
RG nº 3.955.553, data de expedição 02/08/1988
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 749.701.194-49 com
domicílio na cidade de Flores, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SI Tenorio, nº 740,

complemento Curva, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Josenilda Barbosa Siqueira cujo o condutor era
Josenilda Barbosa Siqueira.

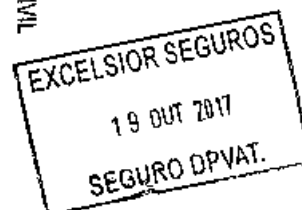
Veículo: PAS / MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / CG 150 TITAN MIX EX
Ano: 2010 / 2010
Placa: KI 2291
Chassi: 9C2KC1640A8032888
Data do Acidente: 06/05/2017
Local e Data: Strada Tallhada 26/09/2017

x Augusto Barbosa Siqueira
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO DO REG. CIVIL
ETABELIONATO
Mª Gisoneide A. Souza
Tabelião





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES - SERRA TALHADA

Documentação médica - hospitalar

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

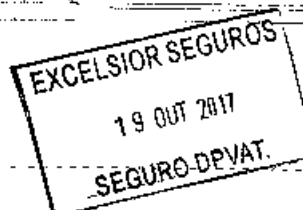
Nº: 123

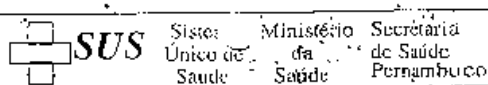
Data:	06-05-2017	Hora:	17:06
Nome:	Joãozinho Barbosa Siqueira		
Nascimento:	26-03-1993	Sexo:	masculino
Estado Civil:	União Est.		
Escolaridade:	2ª grau	Profissão:	agricultor
Mãe:	Joseilda Maria Siqueira		
Responsável:	Joseilda (tia)		
Endereço:	R. S. T. D. S. T.		
Barrio:	Município:	Fone:	8866-3160
Cartão SUS:	705005224979251	RG/CPF:	
Raça/Cor:	Branca	Preta	X
Parda	Amarela	Indígena	

PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico:				
Sintomas: dor abdominal, febre, vômito, diarreia, etc.				

Tratamento:
Leve a Vixela D AD
Leve a Enoxalona

Hipótese Diagnóstica:	Carimbo e Assinatura:			
Assinatura	Carimbo			
Localidade do Paciente:	Interno	Residência	Transferido	Evasão
Remetido para o hospital:				





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
Pernambuco

LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

6 - NÚMERO DO DOCUMENTO	NOME A TEND.		
077.453.584-93			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAI	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRON. JÚRI
705005224474251			000064236
9 - NOME DO PACIENTE	10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO	
JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA	26/03/1993	Masculino	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	13 - TELEFONE DE CONTATO		
JOSEILDA MARIA SIQUEIRA	(87) 98117-6994		
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)	15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
TENORIO	FLORES		
16 - COD. IBGE MUNICÍPIO		17 - UF	18 - CEP
PE		56900-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO	20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
21 - DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO			
22 - CID. 10 PRIMÁRIO			
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO			
24 - CID. 10 SECUNDÁRIO			
25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - COD. DO PROCEDIMENTO
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
202 - TRAUMA, MASCULINO	21/05/2017
30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)
32 - ASSINATURA DO SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
34 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL (MÉDICO)	

PREVIDENCIAR EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - [] ACIDENTE DE TRÁNSITO	36 - [] ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	37 - [] ACIDENTE DE TRABALHO TUAJETO
38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO BILHETE	40 - SÉRIE
41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNPJ DA EMPRESA	43 - CBOE
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
[] EMPREGADO	[] EMPREGADOR	[] AUTÔNOMO
[] DESEMPREGADO	[] DESEMPREGADO	[] DESEMPREGADO

AUTORIZAÇÃO

47 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	48 - COD. ORGÃO EMISSOR
49 - DOCUMENTO	50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
	CPF: 153.272.214-00
MOTIVO DA ALTA:	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO:	
DATA DA INTERNAÇÃO:	
DATA DA ALTA:	





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Encaminhamento para Rede Complementar

Hospital de Origem: **HOSPAM**

Paciente: **JOSE VILDO BARBOSA SIQUEIRA**

Endereço:

Dados Clínicos:

**Fratura Antebraal MS D. de fratura
clavícula - fratura de clavícula
D. de fratura de clavícula
20/07/2017**

Hipótese Diagnóstica: **FRATURA CLAVICULAR D**

Conduta Adotada:

Verificar - Encaminhamento

Justificativa do Encaminhamento:

Necessidade de fratura

Encaminhamento Para:

☒ Casa de Saúde e Maternidade São Vicente

☐ Hospital São Francisco

☐ Pronto Socorro São José

☐ Casa de Saúde e Maternidade Souto Maior

Clinica:

☐ Médica

☐ Pediátrica

☐ Cirúrgica

☐ Obstétrica

☒ Traumatologia

Exames Complementares:

Rx Clavícula D AP

Tratamento Proposto:

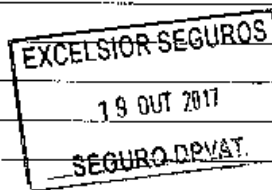
aplicação de gesso

1. Exeter Antebra
 2. Exeter Antebra
 3. Exeter Antebra
 4. Exeter Antebra
- 21/08/2017**
21/08/2017
21/08/2017
21/08/2017

Observações:

Médico Plantonista do HOSPAM - Carimbo

Dr. José Joelson Alves Lima Júnior
Diretor Clínico do HOSPAM
CRM: 18115 Data: 06/05/17
Matrícula: 370.378-0



Visto do Supervisor

Visto do Diretor Clínico



Pernambuco

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento NOME DO (S)ABR() C. UNID. SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA MÉDICO SOLICITANTE ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS		DATA DA SOLICITAÇÃO 06/05/17 19:06 Nº SOLICITAÇÃO 318635
Identificação do Paciente NOME DO PACIENTE JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 709005224474251 DATA DE NASCIMENTO 26/03/1993 SEXO MASCULINO NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL JOSEIL DA MARIA SIQUEIRA ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SÍTIO TENÓRIO, ZONA RURAL MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FLORES COD. IGE. MUNICÍPIO 2605608.00 UF PE CEP		Nº DO PROMITÁRIO TELEFONE DE CONTATO
Dados sobre o Transporte MEIO DE TRANSPORTE AMBULÂNCIA OBSERVAÇÃO OBSERVAÇÃO EXECUTANTE		DATA DE EMISSÃO: 17/05/17 16:21
Regulador MÉDICO REGULADOR CLEA CAROLINA SANTOS PAIRIOTA Nº DE REG CIRURGICO ESPECIALIDADE ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
Executante ESTABELECIMENTO CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA DATA DE AUTORIZAÇÃO 17/05/17 11:23 MÉDICO AUTORIZADOR		

EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO DPVAT.



Pernambuco

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

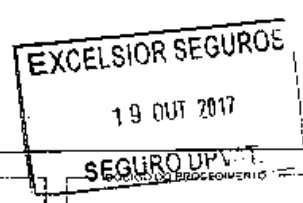
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		DATA DA SOLICITAÇÃO:
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA		06/05/2017 19:06
MÉDICO SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):	
ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS	CRM - 7351	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº DO FOLHETO
NOME DO PACIENTE JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA		318635
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO
705005224474251	26/03/1993	Masculino
NOME DA VÁZ OU RESPONSÁVEL	TELEFONE DE CONTATO	
JOSEILDA MARIA SIQUEIRA		
ENDEREÇO (RUA, N.º, BARRIO)	COD. IGGE MUNICIPAL	UF
SÍTIO TENÓRIO, ZONA RURAL	2605608	PE
CELEBRADO DE RESIDÊNCIA	CEP	
FLORES		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
POSIÇÃO ANATÓMICA MSD, DEFORMIDADE EM CLAVÍCULA D, COM EDEMA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES E INVESTIGAÇÕES (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):		
RAIO X		
DIAGNÓSTICO INICIAL		
FRATURA CLAVÍCULA D		
CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIA	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SINAIS VITAIS



PROCEDIMENTO SOLICITADO	
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
CLÍNICA	CARÁTER DA INTERNAÇÃO
	URGÊNCIA
DOCUMENTO () CNS (X) CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	05655200325

EXECUTANTE		DATA DE AUTORIZAÇÃO
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		17/05/17 11:23
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA		
TIPO DE LEITO	ESPECIALIDADE	
CIRÚRGICO	ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA	
MÉDICO AUTORIZADOR		

AUTORIZAÇÃO		DATA DA SOLICITAÇÃO
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		06/05/17 19:06
CLEA CAROLINA SANTOS PATRIOTA		
DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS (X) CPF	05402704406	
		COD. ORGÃO EMISSOR
		CRM 17462

DECLARAÇÕES



Pernambuco

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução

17/05/17 09:47 ANA CAROLINA GUERRA CORREIA ALVES

Descrição

OFERTO LEITO NA PRÓPRIA UNIDADE. ENF ANTONIA VALE

Data/Hora Profissional Evolução

18/05/17 13:51 ANA CAROLINA GUERRA CORREIA ALVES

Descrição

NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGA PARA OFERTAR APÓS BUSCA ATIVA NAS REDES PÚBLICA, PRIVADA, CONVENIADA OU NÃO AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução

15/05/17 11:34 MARIA LUIZA DE SOUZA MIRANDA BARBOSA

Descrição

ENFERMEIRA JOYCE DA REGULAÇÃO ESTÁ CIENTE QUE É NECESSÁRIO EVOLUIR O PACTO NO SISTEMA DIARIAMENTE P/ PODE SER OFERTADO LEITO AO MESMO. NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS P/ OFERTAR APÓS BUSCA ATIVA EM REDE PÚBLICA E CONVENIADA AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução

14/05/17 10:31 ANA CAROLINA GUERRA CORREIA ALVES

Descrição

ENF JOSE INFORMA: PACIENTE CONTINUA EM LISTA DE CONVENIO. INFORMO A MESMA QUE FOI REALIZADO BUSCA ATIVA DE LEITO NA REDE PÚBLICA E DE CONVENIO. NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR ENF ANTONIA VALE

Data/Hora Profissional Evolução

13/05/17 11:48 VERA LUCIA BEZERRA LEITE

Descrição

REALIZADO BUSCA ATIVA NA REDE PÚBLICA E CONVENIADA NO MOMENTO SEM VAGA DISPONÍVEL PARA OFERTAR

Data/Hora Profissional Evolução

12/05/17 12:07 ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS

Descrição

PACIENTE SEGUE AGUARDANDO VAGA PARA CIRURGIA.

Data/Hora Profissional Evolução

11/05/17 14:08 MARIA LUIZA DE SOUZA MIRANDA BARBOSA

Descrição

NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGA PARA OFERTAR APÓS BUSCA ATIVA NAS REDES PÚBLICA, PRIVADA, CONVENIADA OU NÃO AO SUS

Data/Hora Profissional Evolução

10/05/17 17:56 MARIA LUIZA DE SOUZA MIRANDA BARBOSA

Descrição

NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGA PARA OFERTAR APÓS BUSCA ATIVA NAS REDES PÚBLICA, PRIVADA, CONVENIADA OU NÃO AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução

09/05/17 16:20 ROSIANE COSME DA SILVA

Descrição

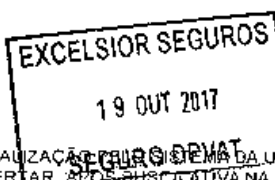
EM CONTATO COM A ENF ROSIANE RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO, SOLICITAMOS ATUALIZAÇÃO DO SISTEMA DA UNIDADE, AGUARDAMOS ATUALIZAÇÃO EM TEMPO, NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGA PARA OFERTAR APÓS BUSCA ATIVA NA REDE PÚBLICA E CONVENIADA

Data/Hora Profissional Evolução

08/05/17 16:33 MARIA LUIZA DE SOUZA MIRANDA BARBOSA

Descrição

NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS PARA OFERTAR. APÓS BUSCA ATIVA NAS REDES PÚBLICAS/PRIVADAS/CONVENIADAS OU NÃO AO SUS



Pernambuco

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução
07/05/17 10:14 DANUZIA CRISTINA DA SILVA XAVIER
Descrição
NO MOMENTO SEM LEITO DE ORTOPEDIA DISPONIVEL PARA OFERTAR.

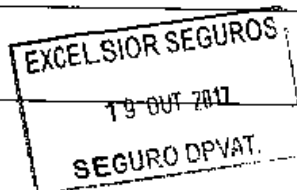
Data/Hora Profissional Evolução
06/05/17 19:12 CONCFICAO DE CACIA DE MEDEIROS SILVA
Descrição
NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGA PARA OFERTAR, APOS BUSCA ATIVA NA REDE PUBLICA E CONVÊNIAADA.

Data/Hora Profissional Evolução
06/05/17 19:06 ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO				
Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
06/05/17 19:06	Em digitação	0h:2m:18s	MARIANA.FORT/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
06/05/17 19:08	Aguardando Regulacao	0h:1m:16s	MARIANA.FORT/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
06/05/17 19:09	Aguardando Regulacao	0h:0m:14s	CLEA.PATRIOTA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: CLEA.PATRIOTA solicitação: 318635
06/05/17 19:10	Regulado	0h:2m:55s	CLEA.PATRIOTA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO
06/05/17 19:12	Aguardando Disponibilidade	254h:31m:40s	CCMS/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.
17/05/17 09:47	Aguardando Confirmação	1h:35m:59s	ANTONIA:CMV/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO DISPONIBILIDADE para AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO.
17/05/17 11:23	Reserva Confirmada	0h:0m:0s	ADRIANA.CORDEIRO/CA SA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO para RESERVA CONFIRMADA.
17/05/17 11:23	Reserva Confirmada	4h:58m:14s	ADRIANA.CORDEIRO/CA SA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA	Confirmada a disponibilidade pelo usuário: ADRIANA.CORDEIRO
17/05/17 16:21	Em Trânsito		ANTONIA:CMV/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S.	Alterada situação da solicitação de RESERVA CONFIRMADA para EM TRÂNSITO

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA



Pernambuco

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

ASSISTIDO
Data / Hora

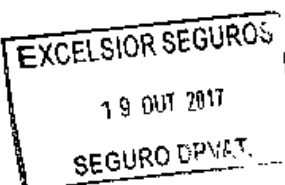
Paciente Assistido

Usuário

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 21/05/2017		Nº Registro: 000064236	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: JOSENILDO BARBOSA SIQUEIRA		202 - TRAUMA. MASC. 03	
Data Nascimento: 26/03/1993	Idade: 24	Sexo: Masculino	Cor: Branca
Estado Civil: Amasiado(a)	Profissão: APOSENTADO	Naturalidade: FLORES	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: JOSEILDA MARIA SIQUEIRA		Mãe: JOSEILDA MARIA SIQUEIRA	
Endereço: SÍTIO TENORIO		SN	
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: FLORES	Estado: PE	Telefone: (87) 98117-6994
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito ☐		Acidente de Trabalho ☐	
		Outros Acidentes ☐	
Suicídio ☐		Agressão ☐	
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
<i>Lesões múltiplas no abdômen, com hematomas e lacerações profundas, com sangramento ativo. D dor e edema localizados. Mucosa oral normal.</i>			
Diagnóstico Inicial: <i>Fratura de fêmur direito</i>			
S.A.D.T.			
Diagnóstico Final:			
EXCELSIOR SEGUROS 19 OUT 2017 SEGURO DPVAT.			
CONDIÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorada ☒	Decisão Médica ☒		
Inalterado ☐	Alta a Pedido ☐		
Piorado ☐	Transferência ☐		
Óbito < 48h ☐	Evasão ☐		
Óbito > 48h ☐	Indisciplina ☐		
Óbito em: / /		Data do Internamento: 21/05/17	
Hora: :		Data da Alta: 23/5/17	
		Local: <i>Antônio Rodrigues de Freitas</i>	
		<i>CPF: 059.582.008-25 CRM: 7351</i> Médico Responsável	



Cirurgia Realizada:		Nº do Procedimento:	
Data:	Início:	Término:	
Cirurgião: <u>PEDRO A.</u>	1º Auxiliar: <u>ANDRÉ B.</u>	2º Auxiliar:	Anestesia:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

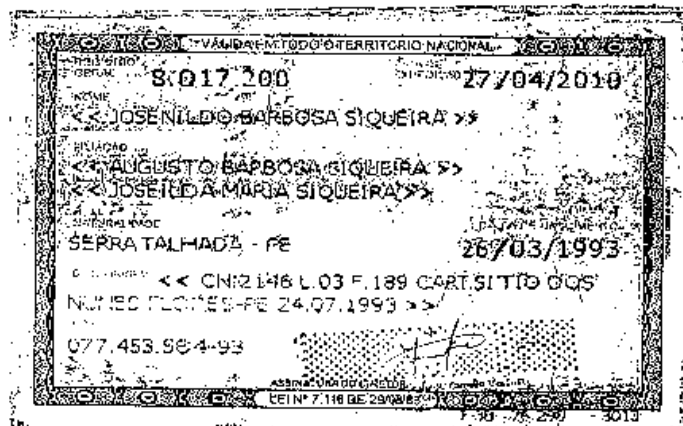
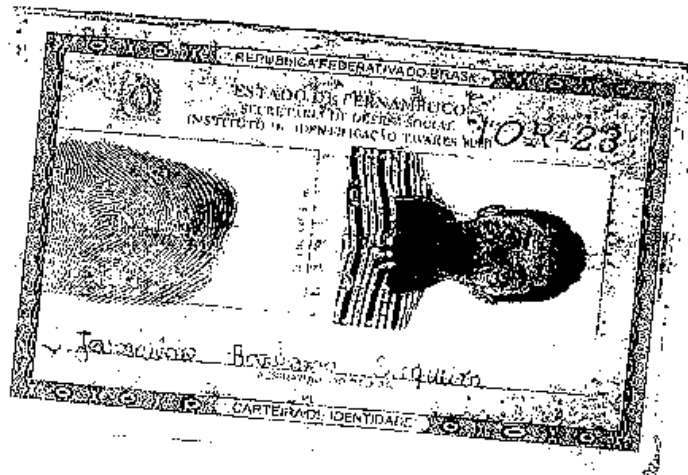
- ① PCTE EM CADEIRA DE FUSTA
- ② ASSESSIA / ANESTESIA
- ③ APOSLAS CAMPOS ESTERILIZADOS
- ④ INCISÃO SUPERCLAVICULAR ①
- ⑤ ABERTURA POR PLANOS
- ⑥ REDUÇÃO ELÉNTICA
- ⑦ FLEXÃO CI T20 K
- ⑧ LAVO CI SFO, 9:-
- ⑨ SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO DPV-F

Pedro Aureliano Amador de Carvalho
CPF: 024.223.204-30 CRM: 16558

Assinatura do Cirurgião





EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO CPVAT.



1 11/11/2001 11:11 AM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1964 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DE INVESTIGAÇÃO	
ESTADO DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DE INVESTIGAÇÃO	NOME ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
	DOC. IDENTIFIC. (RG, CTP, ETC.) Nº 8370892 SDE PE
CIVIL 211.284.744-75	DATA NASCIMENTO 19/08/1963
FUNÇÃO ARTURIO FERREIRA DA SILVA	
NOME DO SEU MENEZES SILVA	
SEMPRE LIBERADO	ADJ. ADJ. MAJ.
Nº REGISTRO 04935894409	VALIDADE 18/11/2019
1ª RECONSTITUIÇÃO 06/05/2020	
ASSINATURAS <i>Rosana de Menezes Silva Cavalcante</i>	
LUGAR SERPA TALHADA - PE	DATA EMISSÃO 19/11/2014
ASSINATURA DO CANDIDATO <i>Rosana de Menezes Silva Cavalcante</i>	
ASSINATURA DO CANDIDATO 47012846458 PE043050423	

EXCELSIOR SEGUROS
19 OUT 2017
SEGURO DPVAT.

