



Número: **0010144-98.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60334090	06/04/2020 15:25	2710321_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 33ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00101449820208172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO**, 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 **23/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 17/10/2019.

Cumprе 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.

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



Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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 da indenização.

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

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

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

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente**
Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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 **23/08/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

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)

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO 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.

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



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

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

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

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

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

⁷art. 1º . (...)

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



- 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,

RECIFE, 26 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **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 **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO**, em curso perante a **33ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00101449820208172001.

Rio de Janeiro, 26 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: **0010144-98.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60334091	06/04/2020 15:25	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Para obter o formulário, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (0800-7000000000000000) ou (0800-7000000000000000).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Este formulário deve ser preenchido pelo segurado em qualquer etapa do processo de contratação de seguro, antes ou durante a contratação, e deve ser entregue ao corretor da seguradora.

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

O segurado deve declarar a existência ou não de bens, valores, rendimentos, dívidas, ações, participações em sociedades, etc., que possam ser objeto de fraude ou de lavagem de dinheiro. A declaração deve ser verdadeira e atualizada, sob pena de aplicação das sanções previstas no artigo 170 da Lei nº 9.613/1998 (Lei de Lavagem de Dinheiro).

O segurado deve declarar a existência ou não de bens, valores, rendimentos, dívidas, ações, participações em sociedades, etc., que possam ser objeto de fraude ou de lavagem de dinheiro. A declaração deve ser verdadeira e atualizada, sob pena de aplicação das sanções previstas no artigo 170 da Lei nº 9.613/1998 (Lei de Lavagem de Dinheiro).

O segurado deve declarar a existência ou não de bens, valores, rendimentos, dívidas, ações, participações em sociedades, etc., que possam ser objeto de fraude ou de lavagem de dinheiro. A declaração deve ser verdadeira e atualizada, sob pena de aplicação das sanções previstas no artigo 170 da Lei nº 9.613/1998 (Lei de Lavagem de Dinheiro).

O segurado deve declarar a existência ou não de bens, valores, rendimentos, dívidas, ações, participações em sociedades, etc., que possam ser objeto de fraude ou de lavagem de dinheiro. A declaração deve ser verdadeira e atualizada, sob pena de aplicação das sanções previstas no artigo 170 da Lei nº 9.613/1998 (Lei de Lavagem de Dinheiro).

O segurado deve declarar a existência ou não de bens, valores, rendimentos, dívidas, ações, participações em sociedades, etc., que possam ser objeto de fraude ou de lavagem de dinheiro. A declaração deve ser verdadeira e atualizada, sob pena de aplicação das sanções previstas no artigo 170 da Lei nº 9.613/1998 (Lei de Lavagem de Dinheiro).

O segurado deve declarar a existência ou não de bens, valores, rendimentos, dívidas, ações, participações em sociedades, etc., que possam ser objeto de fraude ou de lavagem de dinheiro. A declaração deve ser verdadeira e atualizada, sob pena de aplicação das sanções previstas no artigo 170 da Lei nº 9.613/1998 (Lei de Lavagem de Dinheiro).

O segurado deve declarar a existência ou não de bens, valores, rendimentos, dívidas, ações, participações em sociedades, etc., que possam ser objeto de fraude ou de lavagem de dinheiro. A declaração deve ser verdadeira e atualizada, sob pena de aplicação das sanções previstas no artigo 170 da Lei nº 9.613/1998 (Lei de Lavagem de Dinheiro).

O segurado deve declarar a existência ou não de bens, valores, rendimentos, dívidas, ações, participações em sociedades, etc., que possam ser objeto de fraude ou de lavagem de dinheiro. A declaração deve ser verdadeira e atualizada, sob pena de aplicação das sanções previstas no artigo 170 da Lei nº 9.613/1998 (Lei de Lavagem de Dinheiro).

O segurado deve declarar a existência ou não de bens, valores, rendimentos, dívidas, ações, participações em sociedades, etc., que possam ser objeto de fraude ou de lavagem de dinheiro. A declaração deve ser verdadeira e atualizada, sob pena de aplicação das sanções previstas no artigo 170 da Lei nº 9.613/1998 (Lei de Lavagem de Dinheiro).

O segurado deve declarar a existência ou não de bens, valores, rendimentos, dívidas, ações, participações em sociedades, etc., que possam ser objeto de fraude ou de lavagem de dinheiro. A declaração deve ser verdadeira e atualizada, sob pena de aplicação das sanções previstas no artigo 170 da Lei nº 9.613/1998 (Lei de Lavagem de Dinheiro).

O segurado deve declarar a existência ou não de bens, valores, rendimentos, dívidas, ações, participações em sociedades, etc., que possam ser objeto de fraude ou de lavagem de dinheiro. A declaração deve ser verdadeira e atualizada, sob pena de aplicação das sanções previstas no artigo 170 da Lei nº 9.613/1998 (Lei de Lavagem de Dinheiro).

O segurado deve declarar a existência ou não de bens, valores, rendimentos, dívidas, ações, participações em sociedades, etc., que possam ser objeto de fraude ou de lavagem de dinheiro. A declaração deve ser verdadeira e atualizada, sob pena de aplicação das sanções previstas no artigo 170 da Lei nº 9.613/1998 (Lei de Lavagem de Dinheiro).

O segurado deve declarar a existência ou não de bens, valores, rendimentos, dívidas, ações, participações em sociedades, etc., que possam ser objeto de fraude ou de lavagem de dinheiro. A declaração deve ser verdadeira e atualizada, sob pena de aplicação das sanções previstas no artigo 170 da Lei nº 9.613/1998 (Lei de Lavagem de Dinheiro).

O segurado deve declarar a existência ou não de bens, valores, rendimentos, dívidas, ações, participações em sociedades, etc., que possam ser objeto de fraude ou de lavagem de dinheiro. A declaração deve ser verdadeira e atualizada, sob pena de aplicação das sanções previstas no artigo 170 da Lei nº 9.613/1998 (Lei de Lavagem de Dinheiro).





HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÃ GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 23/08/2019 18:51
Atendimento N: 24.784

PAC 2.164609 2.999	Cartão SUS: 702400008890924	Nome do Paciente: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO			
Nascimento: 16-07-89	Idade: 23 anos	Sexo: MASCULINO	Raça/Cor: PARDO	Tel Contato: (99) 9999-9999	Tel Contato: (99) 9999-9999
m do País: ERA AMARA DE LIMA			Observações: 0		
Endereço: SITIO MUMBUCAS	0				CHÃ GRANDE PE

ANTROPOMETRIA					
SO:	Kg	ALTURA:	m	MASSA:	
SINAIS VITAIS / GLICEMIA					
PA: 130 x 80	mmHg	TEMPERATURA:	C	GLICEMIA: 124	mg/dl
EQ.CARD.: 78	bpm	SAT. O2.:	%	☐ Jejum	☐ Pós-Prandial
EQ.RESP.: 99	mpm	HGT:			

INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
ALERGIAS? ☐ QUAIS?	
TOMAS RELATADAS PELO PACIENTE: Ref. Condiz. de pelo S.D.U. com R.L.T.O. Nódulo de coloração. Apresenta Profunda rugosidade na pele.	
T.M.C.: Mq. Superf. e P. Ex.	
EXAMES FÍSICOS	
S.O.b. Com. Tr. Or. to. Os. G. Ex. - H. Ex.	

DIAGNOSTICO	H.O.P. 89
	57 55 428

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO
Trat. OP + 100 - 1.2.2.2
Prescrição de Med. e Ex. 19.2.2
a do Atendimento: _____ Hora: _____
Médico / CRM / Carimbo

An. 20 de Dezembro, Chã Grande, PE



HOSPITAL DE DESTINO: Hospital Chã Grande
SENHA DE REGULAÇÃO: 5755418
MÉDICO REGULADOR: _____
DATA DA RESERVA: 23 / 10 / 19 HORA DA RESERVA: _____

Médico assistente
Carimbo

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

UNIDADE DE DESTINO: _____

NOME DO PACIENTE: Dr. Carlos Roberto de Melo

CPF

IDENTIDADE

DATA NASCIMENTO

SEXO

FEM

MASC

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente com queixa de dor abdominal há alguns dias, iniciando no epigástrio e irradiando para a região da hipocôndria esquerda. A dor é tipo cólica e piora com a ingestão de alimentos. Não há vômito, febre ou alteração no hábito intestinal.

ECG 11 141 951 - PO 130x80

CONDUTA INICIAL:

Exor. Gastroenterol. e Doenças Afet. Respir.
Hidratação

EXAMES REALIZADOS:

Ex. Urin. Negativo e Ex. no Serviço

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Data da transferência:





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
Sexo: MASCULINO
Mãe: CÍCERA AMARA DE LIMA
Endereço: AVENIDA SAO JOSE, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE
Idade: 23 Anos 2 Meses 22 Dias
CNS: 702400008890924
Contatos: 81, 94524660 | Celular: 81.
Nasc. 09/07/1996

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 23/08/2019 20:40
Prontuário: 1093867
Nº. Atendimento: 3369480
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
LUIZA CALABRIA RIBEIRO PESSOA

Admissão

Queixa Principal

COLISÃO MOTO-MOTO HÁ 3 HORAS

História Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO HÁ 3 HORAS
REFERE DOR EM MIE
NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS
NEGA DOR CERVICAL
REFERE USO DE CAPACETE
TRAZIDO PELO SAMU COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
ALERGIA: NEGA
MEDICAÇÕES: NEGA

Exame Físico

A: VIAS AERIAS PERVIAS
B: MV+ AHT, S/RA, SEM DEFORMIDADES APARENTES
C: SEM SANGRAMENTO ATIVO
ABD FLÁCIDO DEPRESSÍVEL, INDOLOR
D: ECG 15
E: PRESENÇA DE FRATURA IMOBILIZADA EM MIE E ESCORIAÇÕES EM MSE

Observações

Conduta

ALTA DA CG
À ORTOPEDIA

LUIZA CALABRIA RIBEIRO PESSOA - CRM: Nº.CRM24992

Data/Hora: 23/08/2019 - 21:50

23/08/19
LUIZA CALABRIA RIBEIRO PESSOA
CIRURGIA





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO Idade: 23 Anos 2 Meses 22 Dias Nasc. 09/07/1996
Sexo: MASCULINO CNS: 702400008890924 Contatos: 81. 94524660 | Celular: 81.
Mãe: CÍCERA AMARA DE LIMA
Endereço: AVENIDA SAO JOSE, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 23/08/2019 10:07
Prontuário: 1093867
Nº. Atendimento: 3369529
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

TRAUMATOLOGIA POSTO II-17-03

Médico:

EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA: DATA AVISO CIRURGIA: ATENDIMENTO: CÓDIGO PACIENTE:
03369529 01093867
NOME DO PACIENTE: SITUACÃO CIRURGIA:
JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
TIPO DE ANESTESIA: COM CEC: COM ROBÓTICA:
RAQUI ANESTESIA
CID FINAL:
FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA - S828
Procedimento
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA - 0408050500
Material:
DATA / HORA INICIAL: DATA / HORA FINAL:
25/08/2019 16:00 25/08/2019 18:00

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

DR: EDUARDO KRUG + MONICA R1
ANESTESISTA: LUCAS PEREIRA

ASSEPSIA E ANTISEPSIA, APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS, INCISÃO ANTERO-LATERAL, DISSECÇÃO POR PLANOS, VISUALIZADO FOCO DE FRATURA REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA COM SF 0,9%, DESBRIDAMENTO CIRURGICO, OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO, SUTURA DA PELE COM NYLON 2-0, CURATIVO





Nome: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
Idade: 23 Anos 2 Meses 22 Dias Nasc. 09/07/1996
Sexo: MASCULINO CNS: 702400008890924 Contatos: 81. 94524660 | Celular: 81.
Mãe: CÍCERA AMARA DE LIMA
Endereço: AVENIDA SAO JOSE, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

Prontuário: 1093867
Nº. Atendimento: 3369529
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:
TRAUMATOLOGIA POSTO II-17-03
Médico:
EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA: DATA AVISO CIRURGIA: ATENDIMENTO: CÓDIGO PACIENTE:
03369529 01093867
NOME DO PACIENTE: SITUAÇÃO CIRURGIA:
JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
TIPO DE ANESTESIA: COM CEC: COM ROBÓTICA:
RAQUI ANESTESIA
CID FINAL:
FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA - S828
Procedimento
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA - 0408050500
Material:
DATA / HORA INICIAL: DATA / HORA FINAL:
25/08/2019 16:00 25/08/2019 18:00

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

DR: EDUARDO KRUG + MONICA R1
ANESTESISTA : LUCAS PEREIRA

ASSEPSIA E ANTISEPSIA, APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS, INCISÃO ANTERO-LATERAL, DISSECÇÃO POR PLANOS, VISUALIZADO FOCO DE FRATURA REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA COM SF 0,9%, DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSINTESE COM FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO, SUTURA DA PELE COM NYLON 2-0, CURATIVO

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 15:25:39
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040615253928400000059301713>
Número do documento: 20040615253928400000059301713

Num. 60334091 - Pág. 6



Nome: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
Idade: 23 Anos 2 Meses 22 Dias Nasc. 09/07/1996
Sexo: MASCULINO CNS: 702400008890924 Contatos: 81. 94524660 | Celular: 81.
Mãe: CÍCERA AMARA DE LIMA
Endereço: AVENIDA SAO JOSE, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

Prontuário: 109380/
Nº. Atendimento: 3369529
Serviço: ORTOPEdia E

Enfermaria/Letto: TRAUMATOLOGIA POSTO II-17-03
Médico: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

CIRURGIA PROPOSTA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA ESPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA ESPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

DIAGNOSTICO INICIAL:

FRATURA ESPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

DIAGNOSTICO CIRURGICO:

FRATURA ESPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

INTERCORRÊNCIA:**ÓRTESE E PRÓTESE:**

FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO

NOME DO MÉDICO : EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

☐ LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMAÇÃO

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejupió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 15:25:39
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040615253928400000059301713>
Número do documento: 20040615253928400000059301713

Num. 60334091 - Pág. 7

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Em 01/10/2019 09:34

Paciente: 1093867 - JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Idade: 23

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 7413

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 3389529

Leito: TRAUM 17-03 - POSTO II Admissão: 23/08/2019 10:07

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 596781 (FECHADO)

Responsável: HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ FILHO
- CRM 27794

Data de Referência:

05/09/2019

Data/Hora do Documento:

05/09/2019 14:45

ORTOPEDIA

PCT COM RELATO DE ACID DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA ESQUERDA.

COLOCOU FX EXTERNO NA EMERGENCIA.

OBSERVADA RADIOGRAFIA DE MÃO COM FRATURA DE METACARPO 4º (COM BOA EVOLUÇÃO AO

TRATAMENTO CONSERVADOR

HD: FX DE OSSOS DA PERNA ESQ (42B2)

LAB OK.

EM REUNIÃO DE STAFFS FICARAM DE AGUARDAR RX POS FIXADOR PARA DECIDIR ENTRE TRATAMENTO COM FIXADOR OU CX.

CD: SOLICITADO PELOS STAFF, ALTA COM FIXADOR E RETORNO COMM HERMES WAGNER NO HOSPITAL DE MORENO

AGUARDAR RX DE MAO, SE SEM ALTERAÇÕES. ALTA

IMBOLIZADR EM MÃO

HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ
CRM 27794

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 15:25:39
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040615253928400000059301713>
Número do documento: 20040615253928400000059301713

Num. 60334091 - Pág. 8

DATA DE ADMISSÃO: 04/04/2020 HORA DE ENTRADA: 10:00

DIAGNOSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE 4ª METACARPO

FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

DIAGNOSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

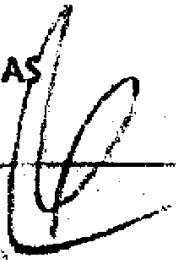
PACIENTE COM O DIAGNOSTICO ACIMA, FOI ADMITIDO NA URGENCIA, ONDE COLOCOU-SE FIXADOR EXTERNO, EVOLUI COM CONDIÇÃO DE PELE NÃO BOA, A ESPERA DE MELHORA DE PARTES MOLES. FOI DISCUTIDO EM VISITA COM DR HERMES VAGNER QUE ORIENTOU ALTA HOSPITALAR COM FIXADOR EXTERNO PARA ACOMPANHAMENTO NO SERVIÇO DO HOSPITAL ARMINDO MOURA. RETORNO COM 03 SEMANAS AO HOPITAL ARMINDO MOURA, QUARTA, AS 10:00 PARA CONSULTORIO DO MESMO.

FRATURA 4ª MTC E COM BOA CONSIÇÃO, NÃO DESVIADO, NEM RODADO.

SEGUNDO A PRECEPTORIA IMOBILIZAÇÃO TIPO LUVA - RETORNO AMBULATORIAL COM 30 DIAS

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: HERMES WAGNER (HOSPITAL ARMINDO MOURA

PARA CONTROLE EM: 3SEMANAS DIAS

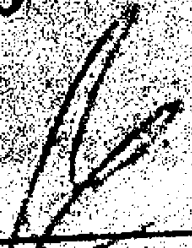


Dr. JOSÉ LAZAR VIEIRA DE MELLO, médico, em
nome do(a) Sr(a) _____, caso _____, necessita de 01
dia de afastamento do trabalho, a partir desta data, por
motivo de doença.

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA E48.MTC

Para comparecer ao ambulatório de ORTOPEDIA DO HOSPITAL
MINDO MOURA EM MORENO
em 30 dias

Recife, 05/09/2019


Médico - CRM-PE

ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
A JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO



Declaro para os devidos fins de comprovação que:

José Lazaro Vieira Da M. 23 anos de idade, residente e domiciliado no endereço: rua
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 Chã Grande, no dia 23
de Agosto de 2019, às 18h24min (número do registro de ocorrência: 5671230).

Breve descrição do caso e estado geral do paciente/vítima:

Vítima de acidente de motocicleta, apresentando fratura exposta em MIE.

Encaminhado para o Hospital General Alfredo Alves De Lima

Avaliado pelo(a) médico(a): Jose Santos CRM 16589

Removido para o hospital de referência: Hospital Otávio De Freitas

() Não se aplica ao caso

Procedimentos realizados pelo SAMU 192 Chã Grande

Avaliação clínica, neurológica, Protocolo de Trauma e estabilização.

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço

Atenciosamente,

Isabella Mayara M. Da S. Macêdo

Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE

Isabella Macêdo
Coordenadora do SAMU 192 Chã Grande-PE



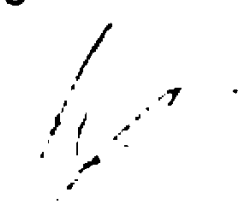
ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o segurado JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA E4º MTC

Deverá comparecer ao ambulatório de: ORTOPEDIA DO HOSPITAL RAIMUNDO MOURA EM MORENO
em 30 dias

Recife, 05/09/2019



Médico - CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14.03.67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO





Chã Grande

HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÃ GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento N.º _____

Cartão SUS: 70.1400006880574 Nome do Paciente: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Idade: 62 anos Sexo: MASCULINO Raça/Cor: PARDO Tel. Contato: (99) 9999-9999

Endereço: RUA AMARA DE LIMA Observações:

Endereço: RUA AMARA DE LIMA CHÃ GRANDE PE

Altura: _____ Massa: _____

Temperatura: _____ Glicemia: _____ mg/dl

SAT O2: _____

Informações Adicionais:

Intoxicações relatadas pelo paciente:





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
Avenida 20 de Dezembro, 148 - Centro - Chã Grande - PE
Fone: (81) 3537 1316 - CNPJ: 11 049 808/0001-90 - CNES Nº 2344408

HOSPITAL DE DESTINO: _____

SENHA DE REGULAÇÃO: _____

MEDICO REGULADOR: _____

DATA DA RESERVA: _____

HORA DA RESERVA: _____

Médico assistente
Carimbo

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

UNIDADE DE DESTINO: _____

NOME DO PACIENTE: _____

CPF	IDENTIDADE	DATA NASCIMENTO	SEXO
			FEM MASC

HISTÓRIA CLÍNICA

CONDUTA INICIAL: _____

EXAMES REALIZADOS: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

OUTROS DIAGNÓSTICOS: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: _____

Data da transferência: _____





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data de Nascimento: 06/04/2014
Sexo: M
Endereço: Rua da Amélia de Lima, 100, Bairro Centro, Cidade da Grande, PE 55000-000
Telefone: (011) 4433-4433

Dados do Atendimento:

Data/Mo/Ato: 06/04/2020 15:43
Prontuário: 60334091
Atendimento: 006940
Módulo: 00000000000000000000

Enfermeira/Leito:

Médico:
LUIZA CALABRIA RIBEIRO PESSOA

Admissão

Queixa Principal

FRATURA DE MOTO NA 7 HORAS

História Clínica

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRAFEGO NA 7 HORAS
REFORMA EM MOTO
FRATURA DE MOTO NA 7 HORAS
FRATURA DE MOTO NA 7 HORAS
FRATURA DE MOTO NA 7 HORAS
FRATURA DE MOTO NA 7 HORAS
FRATURA DE MOTO NA 7 HORAS
FRATURA DE MOTO NA 7 HORAS
FRATURA DE MOTO NA 7 HORAS

Exame Físico

EXAME FÍSICO: SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: SEM ALTERAÇÕES

Observações

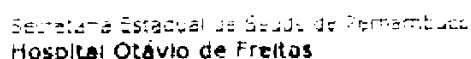
Conduta

EXAME FÍSICO: SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: SEM ALTERAÇÕES

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Data/Mo/Ato: 06/04/2020 15:43





NAME	DATE	TIME
JOSE CARLOS PEREIRA DE MELO	01 APR 12 MESSE 12 1435	09.071636
NAME	DATE	TIME
JOSE CARLOS PEREIRA DE MELO	01 APR 12 MESSE 12 1435	09.071636
NAME	DATE	TIME
JOSE CARLOS PEREIRA DE MELO	01 APR 12 MESSE 12 1435	09.071636
NAME	DATE	TIME
JOSE CARLOS PEREIRA DE MELO	01 APR 12 MESSE 12 1435	09.071636

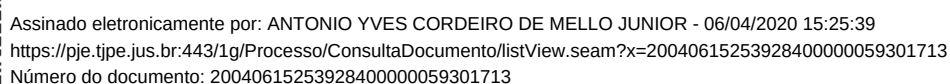
Date Recd Agent: 03/06/2016 14:07
 Received by: 1003637
 NY Identification: 3269629
 Date Recd: 04/17/2016 14:07

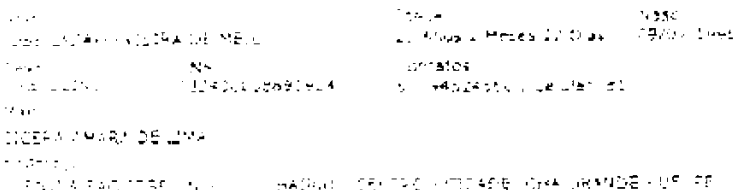
Enfermeira/Letto
TRANSLATORIOGIA 00570 1017-7

Médico
REINARDO JOSE ALBUQUERQUE RIBEIRO

[illegible]

2. AVALIAÇÃO DA SÉRIAS ARQUITETURAIS: AVALIAÇÃO DOS INDICADORES INDICADA, ANÁLISE QUALITATIVA, COMPARAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS PLANOS VISUALIZADOS. AVALIAÇÃO DA SÉRIAS ARQUITETURAIS, COMPARAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS PLANOS VISUALIZADOS. AVALIAÇÃO DA SÉRIAS ARQUITETURAIS, COMPARAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS PLANOS VISUALIZADOS.

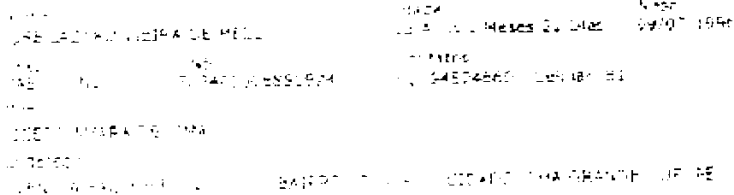




Enfermagem/Lato:
TRAUMATOLOGIA - RISCO II-III-IV-05

Médico:
EDUARDO JOSÉ AUGUSTO FILHO RUI

[illegible]



PROG: 1000 000000
N- ALLOC: 000000
COUNT: 00000000

ENTRENAJE/LIBRO:
PRAC. PAROLEIRA ALSTON, 1983
MEDICO:
ROMARCO JOSE ALBUQUERQUE PIETRO

TIRAGEM PROPOSTA
PRÊMIO PRINCIPAL 100.000.000,00 (Cem milhões de reais)
PRÊMIO REALIZADO 100.000.000,00 (Cem milhões de reais)
PRÊMIO REALIZADO 100.000.000,00 (Cem milhões de reais)

DIAGNOSTICO INIZIALE
 DATA: 11/05/2008
 DIAGNOSTICO CHIRURGICO
 DATA: 11/05/2008
 INTERFERENZA

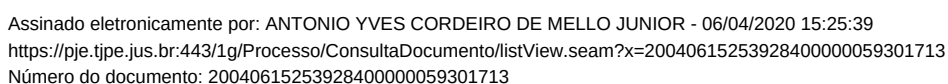
QUESTIONS & PROBLEMS

— *Journal of the American Medical Association*, 1967, 202: 1025.

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 395–401

RECEIVED - 12 APRIL 1965 - LINES 425 - 426 TO 512, 545, 546-57
 AND 572 - 573 - 574 - 575 - 576 - 577 - 578 - 579 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 598 - 599 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 679 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 689 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 779 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 789 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 - 810 - 811 - 812 - 813 - 814 - 815 - 816 - 817 - 818 - 819 - 820 - 821 - 822 - 823 - 824 - 825 - 826 - 827 - 828 - 829 - 830 - 831 - 832 - 833 - 834 - 835 - 836 - 837 - 838 - 839 - 840 - 841 - 842 - 843 - 844 - 845 - 846 - 847 - 848 - 849 - 850 - 851 - 852 - 853 - 854 - 855 - 856 - 857 - 858 - 859 - 860 - 861 - 862 - 863 - 864 - 865 - 866 - 867 - 868 - 869 - 870 - 871 - 872 - 873 - 874 - 875 - 876 - 877 - 878 - 879 - 880 - 881 - 882 - 883 - 884 - 885 - 886 - 887 - 888 - 889 - 890 - 891 - 892 - 893 - 894 - 895 - 896 - 897 - 898 - 899 - 900 - 901 - 902 - 903 - 904 - 905 - 906 - 907 - 908 - 909 - 910 - 911 - 912 - 913 - 914 - 915 - 916 - 917 - 918 - 919 - 920 - 921 - 922 - 923 - 924 - 925 - 926 - 927 - 928 - 929 - 930 - 931 - 932 - 933 - 934 - 935 - 936 - 937 - 938 - 939 - 940 - 941 - 942 - 943 - 944 - 945 - 946 - 947 - 948 - 949 - 950 - 951 - 952 - 953 - 954 - 955 - 956 - 957 - 958 - 959 - 960 - 961 - 962 - 963 - 964 - 965 - 966 - 967 - 968 - 969 - 970 - 971 - 972 - 973 - 974 - 975 - 976 - 977 - 978 - 979 - 980 - 981 - 982 - 983 - 984 - 985 - 986 - 987 - 988 - 989 - 990 - 991 - 992 - 993 - 994 - 995 - 996 - 997 - 998 - 999 - 1000 - 1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1005 - 1006 - 1007 - 1008 - 1009 - 1010 - 1011 - 1012 - 1013 - 1014 - 1015 - 1016 - 1017 - 1018 - 1019 - 1020 - 1021 - 1022 - 1023 - 1024 - 1025 - 1026 - 1027 - 1028 - 1029 - 1030 - 1031 - 1032 - 1033 - 1034 - 1035 - 1036 - 1037 - 1038 - 1039 - 1040 - 1041 - 1042 - 1043 - 1044 - 1045 - 1046 - 1047 - 1048 - 1049 - 1050 - 1051 - 1052 - 1053 - 1054 - 1055 - 1056 - 1057 - 1058 - 1059 - 1060 - 1061 - 1062 - 1063 - 1064 - 1065 - 1066 - 1067 - 1068 - 1069 - 1070 - 1071 - 1072 - 1073 - 1074 - 1075 - 1076 - 1077 - 1078 - 1079 - 1080 - 1081 - 1082 - 1083 - 1084 - 1085 - 1086 - 1087 - 1088 - 1089 - 1090 - 1091 - 1092 - 1093 - 1094 - 1095 - 1096 - 1097 - 1098 - 1099 - 1100 - 1101 - 1102 - 1103 - 1104 - 1105 - 1106 - 1107 - 1108 - 1109 - 1110 - 1111 - 1112 - 1113 - 1114 - 1115 - 1116 - 1117 - 1118 - 1119 - 1120 - 1121 - 1122 - 1123 - 1124 - 1125 - 1126 - 1127 - 1128 - 1129 - 1130 - 1131 - 1132 - 1133 - 1134 - 1135 - 1136 - 1137 - 1138 - 1139 - 1140 - 1141 - 1142 - 1143 - 1144 - 1145 - 1146 - 1147 - 1148 - 1149 - 1150 - 1151 - 1152 - 1153 - 1154 - 1155 - 1156 - 1157 - 1158 - 1159 - 1160 - 1161 - 1162 - 1163 - 1164 - 1165 - 1166 - 1167 - 1168 - 1169 - 1170 - 1171 - 1172 - 1173 - 1174 - 1175 - 1176 - 1177 - 1178 - 1179 - 1180 - 1181 - 1182 - 1183 - 1184 - 1185 - 1186 - 1187 - 1188 - 1189 - 1190 - 1191 - 1192 - 1193 - 1194 - 1195 - 1196 - 1197 - 1198 - 1199 - 1200 - 1201 - 1202 - 1203 - 1204 - 1205 - 1206 - 1207 - 1208 - 1209 - 1210 - 1211 - 1212 - 1213 - 1214 - 1215 - 1216 - 1217 - 1218 - 1219 - 1220 - 1221 - 1222 - 1223 - 1224 - 1225 - 1226 - 1227 - 1228 - 1229 - 1230 - 1231 - 1232 - 1233 - 1234 - 1235 - 1236 - 1237 - 1238 - 1239 - 1240 - 1241 - 1242 - 1243 - 1244 - 1245 - 1246 - 1247 - 1248 - 1249 - 1250 - 1251 - 1252 - 1253 - 1254 - 1255 - 1256 - 1257 - 1258 - 1259 - 1260 - 1261 - 1262 - 1263 - 1264 - 1265 - 1266 - 1267 - 1268 - 1269 - 1270 - 1271 - 1272 - 1273 - 1274 - 1275 - 1276 - 1277 - 1278 - 1279 - 1280 - 1281 - 1282 - 1283 - 1284 - 1285 - 1286 - 1287 - 1288 - 1289 - 1290 - 1291 - 1292 - 1293 - 1294 - 1295 - 1296 - 1297 - 1298 - 1299 - 1300 - 1301 - 1302 - 1303 - 1304 - 1305 - 1306 - 1307 - 1308 - 1309 - 1310 - 1311 - 1312 - 1313 - 1314 - 1315 - 1316 - 13



MVP E - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Emitido por: ROSEMERE NASCHMENTO DE CASTRO

Em: 01/10/2019 09:36

Paciente: ALBERTO JOSE LAZARINI DE MELLO

Idade: 33

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: EDUARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho - Número Cons. CRM - Impl.: 2412

Função: MEDICINA

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 3369529

Leito: TRAU 17-03 - POSTO II Admissão: 23/08/2019 10:07

Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 594148 (FECHADO)

Responsável: HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ FILHO
CRM 27794

Data de Referência:

02/09/2019

Data/Hora do Documento:

02/09/2019 14:21

ORTOPEDIA

PMI COM RELATO DE ACQ DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA ESQUERDA
COLUCCOU FX EXTERNO NA EMERGÊNCIA

NO FX DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

AS 14h

EM REUNIÃO DE STAFFS E CARAM DE AGUARDAR RX POS FIXADOR PARA DECIDIR ENTRE TRATAMENTO
COM FIXADOR OU C/

COM FIM TAUO FIMUS STAFF NAVE RADIOGRAFIA DE MAO E SE TIVER TUDO BEM ALTA COM FIXADOR E
RETORNO COMM HERMES WAGNER NO HOSPITAL DE MORENO

HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ
CRM 27794

MVP E - Sistema de Prontuário Eletrônico



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MYPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Em: 01/10/2019 09:34

Paciente: 1001950 - JOSE LAZARO LOPES DE MELO

Idade: 25

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: EDUARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Consultor: Numero Guia: CRM: 110117413

Função: MEDICO(A)

RELATORIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 3389529

Leito: TRAU 17-03 - POSTO II Admissão: 23/08/2019 10:07

Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 590781 (FECHADO)

Responsável: HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ FILHO
CRM: 27794

Data de Referência:

05/09/2019

Data/Hora do Documento

05/09/2019 14:45

ORTOPEDIA

PORT COM RELATO DE ACQ DE MTI COM TRAUMA EM PERNA ESQUERDA
COLUCCO EM EXTERNO NA EMERGENCIA
OBSERVADA RADIOGRAFIA DE MÃO COM FRATURA DE METACARPO 4º COM BOA EVOLUÇÃO AO
TRATAMENTO CONSERVADOR
HD FX DE OSSOS DA PERNA ESQ 4282

CAR OR

EM REUNIÃO DE STAFFS FICARIMOS AGUARDAR RX POS FIXADOR PARA DECIDIR ENTRE TRATAMENTO
COM FIXADOR OU CX

COM O CITADO PELOS STAFFS ALTA COM FIXADOR E RETORNO COM HERNES WAGNER NO HOSPITAL DE
MORENO

AGUARDAR RX DE MÃO SE SEM ALTERAÇÕES ALTA
MOBILIZADO EM MÃO

HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ
CRM: 27794

MYPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Nome: JOSE LAZAROVIC DE MELLO

Rag: 100007

EM: 17/08/19 - RUETO: B3

DATA DE ENTRADA: 28.08.19

DATA DE SAÍDA: 05/09/2019

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE 4º METACARPO

FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE COM O DIAGNOSTICO ACIMA, FOI ADMITIDO NA URGENCIA, ONDE COLOCOU-SE FIXADOR EXTERNO. EVOLUI COM CONDIÇÃO DE PELE NÃO BOA, A ESPERA DE MELHORA DE PARTES MOLES. FOI DISCUTIDO EM VISITA COM DR HERMES VAGNER QUE ORIENTOU ALTA HOSPITALAR COM FIXADOR EXTERNO PARA ACOMPANHAMENTO NO SERVIÇO DO HOSPITAL ARMINDO MOURA. RETORNO COM 03 SEMANAS AO HOPITAL ARMINDO MOURA. QUARTA, AS 10:00 PARA CONSULTA DO MESMO.

FRATURA 4º MET. COM BOA CONSILIAÇÃO, NÃO DESVIADO, NEM RODADO. SEGUNDA PRELEPTORIA IMOBILIZAÇÃO TIPO LUVA. RETORNO AMBULATORIAL COM 03 SEMANAS.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATORIO DE HERMES WAGNER (HOSPITAL ARMINDO MOURA)

PARA CONSULTA EM 03 SEMANAS.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
LABORATÓRIO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

JOSE LAZARO VIEIRA DE MELLO

DOC. IDENTIFICAD. CIVIL: BRASPORT-UF
3425718 RNM SE

CPF: 134.898.244-05 DATA NASCIMENTO: 09/07/1996

FILIAÇÃO:
JOSE ALBERTO VIEIRA DE
MELLO
CICERA AMARA DE LIMA

PERMANENTE: ☒ PROVISÓRIO: ☐ CAT. NÍM: AD

Nº IDENTIFICAD.: 07262052910 VAL. IDENTIFICAD.: 15/05/2020 16/05/2019

OBSERVAÇÕES:
XAR

por Jose Lázaro de Mello

LOCAL: GRAVATA, PE DATA EMISSÃO: 17/08/2019

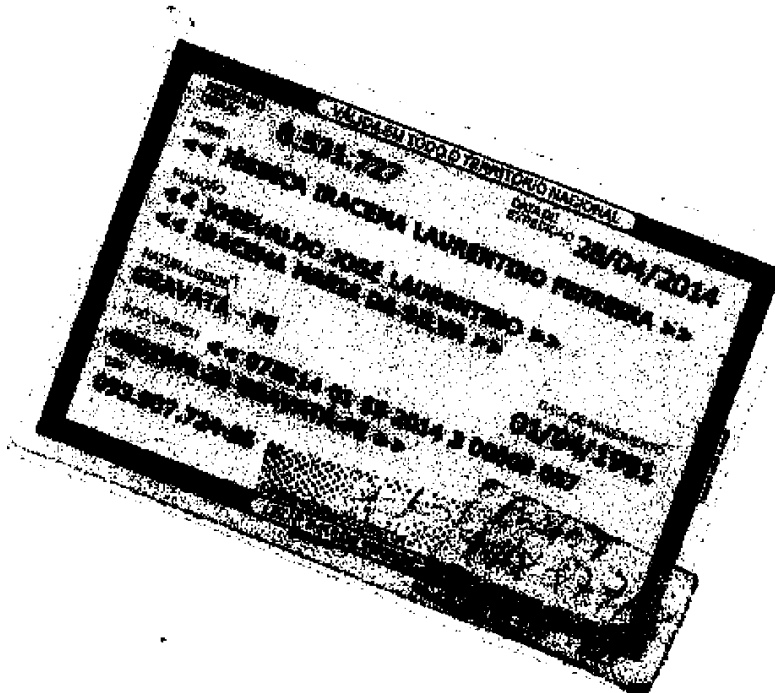
Roberto Furtado
Assessor Jurídico
15282415530
F8076670127

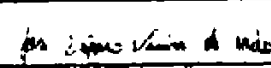
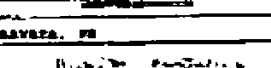
PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1823898130

PERNAMBUCO
1823898130

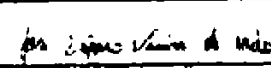


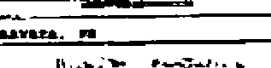


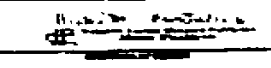
	
JOSE LAZARO VIEIRA DE MELLO	
	CPF: 0409712-0000 RG: 110.094.004-00 Data de Nascimento: 08/07/1994
	Nome: JOSE ALBERTO VIEIRA DE MELLO Codigo Barra de L.C.R.
	Assinatura: 
	Data: 10/05/2019
Assinatura: 	
Assinatura: 	
Assinatura: 	

1823595130

1823595130

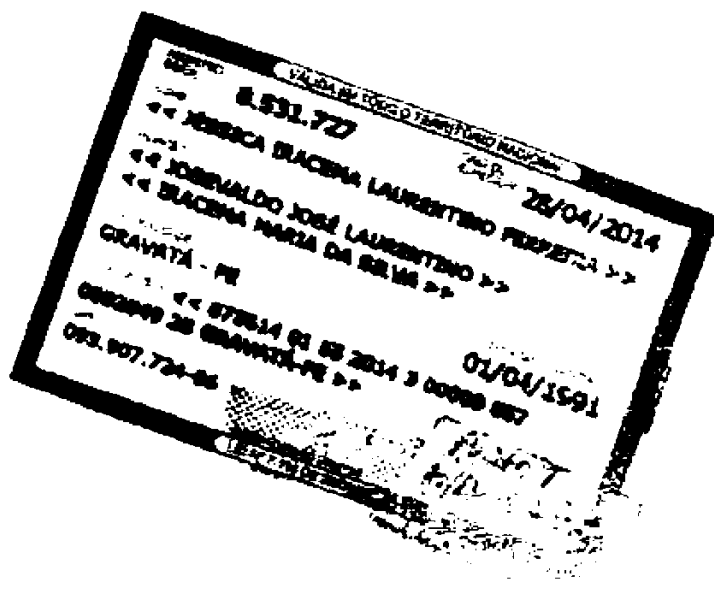
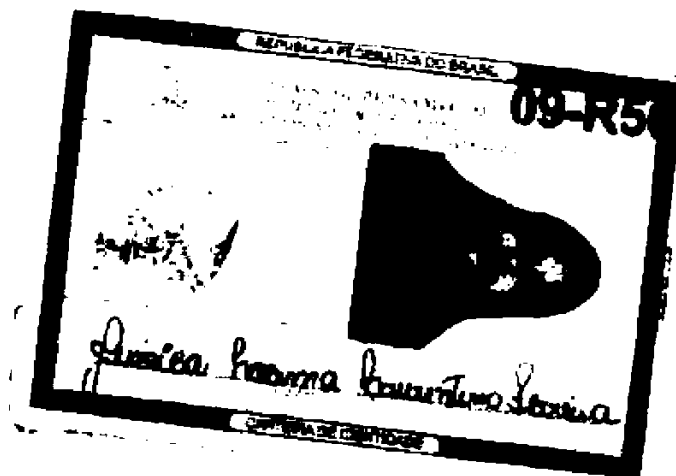
Assinatura: 

Assinatura: 

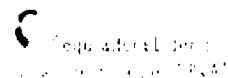
Assinatura: 
--

Assinatura: 





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394765/19
Vítima: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
CPF: 116.398.244-05
CPF de: Próprio
Seguradora: Investprev Seguradora S/A
Data do acidente: 23/08/2019
Titular do CPF: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA : 093.907.724-86

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

JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO : 116.398.244-05

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: 11/11/2019
Nome: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA
CPF: 093.907.724-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007659

Cidade: Chã Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Data do acidente: 23/08/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. PÁG 6/11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007659

Cidade: Chã Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Data do acidente: 23/08/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. PÁG 6/11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR sob CPF 116.319.210-01
portador da cédula de RG 9.144.670 residente e domiciliado
em Curitiba, Estado do Paraná, Brasil.

Outorgado: LÉSSICA FACINI LAUREMIR FERREIRA inscrito no CPF sob nº 003.907.724-86 portador da
cédula de RG 553.177.808-PE residente e domiciliado residente na R. 15 de novembro 255 a centim
de Curitiba.

Em virtude da falta procurador o **outorgado** adma ntado com poderes específicos para resolver
todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como **vítima**
em acidente de trânsito ocorrido em 04/04/2020.

Assinado em 04/04/2020 de Curitiba de 2020

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CPF: 116.319.210-01, data e hora de assinatura: 06/04/2020 15:25:39

Assinado eletronicamente por: LÉSSICA FACINI LAUREMIR FERREIRA
CPF: 003.907.724-86, data e hora de assinatura: 06/04/2020 15:25:39
Assinado eletronicamente por: LÉSSICA FACINI LAUREMIR FERREIRA
CPF: 003.907.724-86, data e hora de assinatura: 06/04/2020 15:25:39

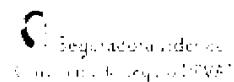


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinado eletronicamente por: LÉSSICA FACINI LAUREMIR FERREIRA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006928/20

Vítima: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

CPF: 116.398.244-05

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 23/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA : 093.907.724-86

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

JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO : 116.398.244-05

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: 07/01/2020
Nome: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA
CPF: 093.907.724-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Steffany Carolyn Lins Veloso





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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007659

Vítima: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Data do Acidente: 23/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15335018

Pag. 00285/00286 - carta_01 - INVALIDEZ

00020143





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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007659

Vítima: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Data do Acidente: 23/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000943

Conta: 0000027786-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

116.398.244-05

4 - Nome completo da vítima:

Jose Nazario Vieira de Melo

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

5 - Nome completo:

Jose Nazario Vieira de Melo

6 - CPF:

7 - Profissão:

Desempregado

8 - Endereço:

R. Maria do Carmo Alves Mendonça

9 - Número:

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Augusto

12 - Cidade:

Itaúna - grande

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55636-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81941349621

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:



RECLUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1,00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0943

CONTA:

29786

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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.

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



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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se aplicável)

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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Itaúna - PE 03.11.19

Jose Nazario Vieira de Melo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

INFORMAÇÕES DE COBERTURA



DANOS E DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

1. NOME COMPLETO DO SEGURADO

2. Nº DO SEGURO

3. A. Nome completo da vítima

4. NÚMERO DE INFORMAÇÕES CATASTRAIS E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL (CIRCULAR SUSP. Nº 446/2012)

5. NOME DO SEGURO

6. CPF

7. ENDEREÇO

8. CIDADE

9. ESTADO

10. Complemento

11. CEP

12. JORNAL

13. NÚMERO

14. DT

15. DATA

16. FOLHA

17. NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR, CURADOR, PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 15 ANOS OU IMPÁRIZ COM CURADOR)

18. NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL

19. ENDEREÇO DO REPRESENTANTE LEGAL

20. DATA DE NASCIMENTO DO SEGURO

21. ANEXAR CÓPIA:

22. RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA



23. INCLUSÃO NO FORMAR



24. OUTRA FORMA



25. INCLUSÃO NO FORMAR



26. OUTRA FORMA



27. RESOLUÇÃO DE ATÉ 15% (15%)



28. ALMA MATER (100%)

29. DADOS BANCÁRIOS



30. BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



31. REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

32. CONTA DE POUPEANÇAS

33. Nome do banco (Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, etc.)

34. CONTA CORRENTE

35. Nome do banco

36. Agência (0000)

37. Conta (00000000000000000000)

38. Agência (0000)

39. Conta (00000000000000000000)

40. Nome do titular da conta

41. Nome do titular da conta

42. Nome do titular da conta

43. Nome do titular da conta

44. Assinatura do titular da conta (ou do representante legal) e data de assinatura

45. DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAJDO OU INÍMIL PRETENDIMENTO COMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE



46. Declaro que não tenho conhecimento de nenhuma outra pessoa que tenha direito à indenização por invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito.

- 47. Não tenho conhecimento de nenhuma outra pessoa que tenha direito à indenização por invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito.
- 48. Não tenho conhecimento de nenhuma outra pessoa que tenha direito à indenização por invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito.
- 49. Não tenho conhecimento de nenhuma outra pessoa que tenha direito à indenização por invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito.

50. Assinatura do titular da conta (ou do representante legal) e data de assinatura

51. DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA COBERTURA DE MORTE



52. Vítima



53. Sobrinho



54. Sobrinha



55. Sobrinho



56. Sobrinha



57. Sobrinho



58. Sobrinha



59. Sobrinho



60. Sobrinha

61. Nome do beneficiário

62. Nome do beneficiário

63. Nome do beneficiário

64. Nome do beneficiário

65. Nome do beneficiário

66. Nome do beneficiário

67. Nome do beneficiário

68. Nome do beneficiário

69. Nome do beneficiário

70. Nome do beneficiário

71. Nome do beneficiário

72. Nome do beneficiário

73. Nome do beneficiário

74. Nome do beneficiário

75. Nome do beneficiário

76. Nome do beneficiário

77. Assinatura do titular da conta (ou do representante legal) e data de assinatura

78. 1ª. Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da vítima ou do representante legal

79. 2ª. Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da vítima ou do representante legal

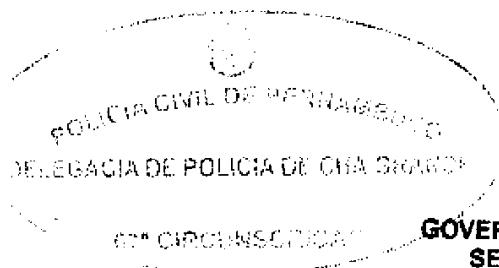
80. 3ª. Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da vítima ou do representante legal

81. 4ª. Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da vítima ou do representante legal

82. Assinatura do titular da conta (ou do representante legal) e data de assinatura

83. Assinatura do titular da conta (ou do representante legal) e data de assinatura

84. Assinatura do titular da conta (ou do representante legal) e data de assinatura



559184
0394765/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE - DP67ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0157000847**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/10/2019** às **15:44**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **23/8/2019** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 01, PE 071 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
RAFAEL PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
JOSE LÁZARO VIEIRA DE MELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE LÁZARO VIEIRA DE MELO**

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

JOSE LÁZARO VIEIRA DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CICERA AMARA DE LIMA** Pai: **JOSE ALBERTO VIEIRA DE MELO** Data de Nascimento: **9/7/1996** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9459740/SDS/PE (RG), 11639824405 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª, GRAU COMPLETO** Profissão: **SERVENTE DE OBRAS** Telefones Celulares: **- 991011847**

Endereço Residencial: **RUA MARIA DO CARMO ALVES MENEZES, 04 - CEP: 0 - Bairro: AUGUSTO DAVID - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DO CLUBE. CASA CERÂMICA BEGE.**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DESCONHECIDA** Pai: **DESCONHECIDO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

RAFAEL PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DESCONHECIDA** Pai: **DESCONHECIDO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAFAEL PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGM4528** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **900268626** Chassi: **9C2JC30707R031401**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**

17/10/2019 15:30



MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

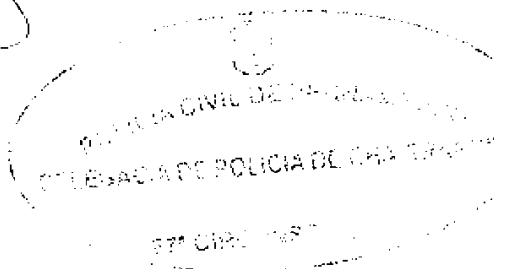
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A PESSOA DE JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO INFORMANDO QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO. SEGUNDO RELATA A VITIMA ELE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KGM4528, RENAVAN Nº 900269628, CHASSI Nº 9C2JC38707R031401, COR PRETA, NO SENTIDO AMARAJI CHA GRANDE NA PE 071, QUANDO AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DA BORRACHARIA CONHECIDA POR "NOVA BORRACHARIA", UM DESCONHECIDO QUE TAMBÉM PILOTAVA UMA MOTOCICLETA, VINHA DESCENDO A LADEIRA DO RATO, E ENTROU NA PE SEM DAR SINAL, NA MÃO CONTRÁRIA, ONDE VINHA A VITIMA, E ACABOU COLIDINDO COM A MOTOCICLETA PILOTADA PELA VITIMA. COM A COLISSÃO A VITIMA ACABOU CAINDO E SOFRENDO ALGUMAS LESÕES, SENDO CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DE CHA GRANDE, DANDO ENTRADA NAQUELA UNIDADE HOSPITALAR, TENDO POR NÚMERO DE ATENDIMENTO NO HOSPITAL O SEGUINTE: 24.784 E ID PAC- 164609; 2.999. A VITIMA SOFREU UMA FRATURA NA PERNA ESQUERDA, A MÃO ESQUERDA. DIANTE DESSE FATO FOI REGISTRADO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

Jose Lázaro Vieira de Melo
JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FÁBIO JÚNIOR DA SILVA** - Matrícula: **273771-0**





505194
0354651

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE - DP67ªCIRC
DINTER/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 19E0157000847

Atividade concluída em 17/10/2019 às 15:44

AUSENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Corpo do Consumido que aconteceu no dia
23/8/2019 às 18:30

MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 01, PE 071 - CENTRO - CHA
GRANDE PERNAMBUCO BRASIL
01 - 100 - VIA PUBLICA

© 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 258: 111–117

[illegible]

Journal of Interpersonal Violence 28(10)

1. The first step is to identify the problem. In this case, the problem is that the company is not meeting its sales targets. The second step is to analyze the data. The third step is to develop a plan. The fourth step is to implement the plan. The fifth step is to evaluate the results.

doi:10.1017/S0007122613000423 Published online by Cambridge University Press

JOSÉ CACAO VIEIRA DE MELO (presente ao plantão) - sexo: Masculino; Data de Nascimento: 09/07/1966 - RG: 38400 - GRAVATA - PERNAMBUCO
JOSE ALBERTO VIEIRA DE MELO (RG: 11.100.139-9) - Data de Nascimento: 09/07/1966 - RG: 38400 - GRAVATA - PERNAMBUCO
ERASMO (Data de Nascimento: 06/09/1970 - RG: 2659710 - CPF: 016198224405 - CPF: 016198224405 - BOM SORTEIRO (Atividade) - 2º GRAU COMPLETO - 1ª CLASSE - SERVENTE DE OBRAS Trabalhador rural)
 881011847

RUA MARIA DO CARMO ALVES MENEZES, 64 - CEP. 0 - SANTO AUGUSTO DAVID - CHA
GRANDE PERNAMBUCO BRASIL POR TRÁS DO CLUBE CASA CERÂMICA BEGE

DESCONHECIDA não presente ao plantio - local: **Masculino** - **DESCONHECIDA** = **DESCONHECIDA**
 1 - **NÃO INFORMADO** PERNAMBUCO - BRASIL

GERAL PEREIRA DA SILVA (nao presente ao plantão) - M - Masculino - desconhecida -
desconhecido - M - NÃO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL

Journal of Management Inquiry 18(4) 415-430

MOTOCICLETA FIVECULO: JAPÃO, MARCA: JCB, Q-9, RAFAEL PEREIRA DA SILVA, DO BRASÃO DE 1978
 JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
 MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN ES, 1978, MARCA: HONDA, NÃO
 PRETA, UNIDADE NÃO INFORMADA.

1. NUMERO 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574 2575 2576 2577 2578 2579 2580 2581 2582 2583 2584 2585 2586 2587 2588 2589 2590 2591 2592 2593 2594 2595 2596 2597 2598 2599 2600 2601 2602 2603 2604 2605 2606 2607 2608 2609 2610 2611 2612 2613 2614 2615 2616 2617 2618 2619 2620 2621 2622 2623 2624 2625 2626 2627 2628 2629 2630 2631 2632 2633 2634 2635 2636 2637 2638 2639 2640 2641 2642 2643 2644 2645 2646 2647 2648 2649 2650 2651 2652 2653 2654 2655 2656 2657 2658 2659 2660 2661 2662 2663 2664 2665 2666 2667 2668 2669 2670 2671 2672 2673 2674 2675 2676 2677 2678 2679 2680 2681 2682 2683 2684 2685 2686 2687 2688 2689 2690 2691 2692 2693 2694 2695 2696 2697 2698 2699 2700 2701 2702 2703 2704 2705 2706 2707 2708 2709 2710 2711 2712 2713 2714 2715 2716 2717 2718 2719 2720 2721 2722 2723 2724 2725 2726 2727 2728 2729 2730 2731 2732 2733 2734 2735 2736 2737 2738 2739 2740 2741 2742 2743 2744 2745 2746 2747 2748 2749 2750 2751 2752 2753 2754 2755 2756 2757 2758 2759 2760 2761 2762 2763 2764 2765 2766 2767 2768 2769 2770 2771 2772 2773 2774 2775 2776 2777 2778 2779 2780 2781 2782 2783 2784 2785 2786 2787 2788 2789 2790 2791 2792 2793 2794 2795 2796 2797 2798 2799 2800 2801 2802 2803 2804 2805 2806 2807 2808 2809 2810 2811 2812 2813 2814 2815 2816 2817 2818 2819 2820 2821

1. ^a $\chi^2 = 1.0$, $df = 1$, $p = .32$.



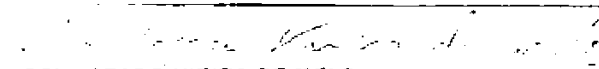
MOTOCICLETA 2 (VEÍCULO) de propriedade de: Sr(a) **DESCONHECIDO**, que estava em posse de: Sr(a) **DESCONHECIDO**

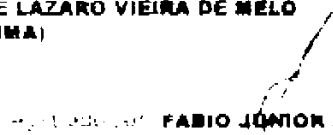
Placa: **DESCONHECIDO** - Modelo: **MOTOCICLETA DESCONHECIDO** - Não informado - Situação: **NÃO**
- Unidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento: **Observação**

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A PESSOA DE JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO INFORMANDO QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO. SEGUNDO RELATA A VITIMA ELE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KOM4828, RENAVAM Nº 900269626, CHASSI Nº 9C2JC38T87R031401, COR PRETA, NO SENTIDO AMARAJI CHA GRANDE NA PE 071, QUANDO AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DA BORRACHARIA CONHECIDA POR "NOVA BORRACHARIA", UM DESCONHECIDO QUE TAMBEM PILOTAVA UMA MOTOCICLETA, VINHA DESCENDO A LADREIRA DO RATO, E ENTROU NA PE SEM DAR SINAL, NA MÃO CONTRARIA, ONDE VINHA A VITIMA, E ACABOU COLIDINDO COM A MOTOCICLETA PILOTADA PELA VITIMA. COM A COLISSÃO A VITIMA ACABOU CAINDO E SOFRENDO ALGUMAS LESÕES, SENDO CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DE CHA GRANDE, DANDO ENTRADA NAQUELA UNIDADE HOSPITALAR, TENDO POR NUMERO DE ATENDIMENTO NO HOSPITAL O SEGUINTE: 24.784 E ID PAC- 164689; 2.999. A VITIMA SOFREU UMA FRATURA NA PERNA ESQUERDA, A MÃO ESQUERDA. DIANTE DESSE FATO FOI REGISTRADO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRENCIA.

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


JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
(VITIMA)


FABIO JUNIOR DA SILVA - Matrícula: 273771-0



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 ASI: 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

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 - Tel. (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: ☐ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POLIPANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 29786 9 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER 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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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.

34 - Imprescindível a data da vítima com beneficiário beneficiário 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) 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª 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)

1/2019





HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÃ GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 23/08/2019 18:51
Atendimento N: 24.784

PAC 2.164609 2.999	Cartão SUS: 702400008890924	Nome do Paciente: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO			
Nascimento: 16-07-99	Idade: 23 anos	Sexo: MASCULINO	Raça/Cor: PARDO	Tel. Contato: (99) 9999-9999	Tel. Contato: (99) 9999-9999
me do País: ERA AMARA DE LIMA			Observações: 0		
Endereço: SITIO MUMBUCAS	0				CHÃ GRANDE PE

ANTROPOMETRIA					
SO:	Kg	ALTURA:	m	MASSA:	
SINAIS VITAIS / GLICEMIA					
: 130 x 80	mmHg	TEMPERATURA:	C	GLICEMIA: 124	mg/dl
EQ.CARD.: 78	bpm	SAT. O2.:	%	☐ Jejum	☐ Pós-Prandial
EQ. RESP.: 99	mpm	HGT:			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS					

RGIAS? ☐ QUAIS?

TOMAS RELATADAS PELO PACIENTE: Ref. Condiz. de peso SDU. Com R. 1000
N. 1000 de 1000. Apresenta Profunda respiração em R. 1000

Ther: 1000 1000 e 1000
EXAMES FÍSICOS
800 1000, 1000. 1000 1000 - 1000

DIAGNOSTICO 1000 1000
57 55 428

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO
1000 1000 1000
1000 1000 1000

a do Atendimento: 1 Hora: 1
Médico / CRM / Carimbo

An. 20 de Dezembro, Chã Grande, PE



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: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000027786-9

Nr. da Autenticação 093652080A95D513





AVENIDA CRUZ CABOÇA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 53040-900. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: IP.1.001.0014396-2
CNPJ: 09.769.139/0001-64
Qualidade da Água: www.compensa.com.br

Nº Documento: 2019097415648

Escritório: CHA GRANDE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

00741564.8

08/2019-1

MARCELA JOSEFA DE AZEVEDO
R MARIA DO CARMO ALVES DE MENEZES, N. 30011 - AUGUSTO DAVID CHA GRANDE PE 55645-100

INSCRIÇÃO: 045.130.320-0121.000

GRUPO: 12

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 00741564.8

LIGADO	POTENCIAL	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	DATA DE VENCIMENTO
ALUGUÉRIO	06/08/2019	05/09/2019	05/09/2019	05/09/2019

ÁGUA	CONSUMO: 9	ESGOTO	VOLUME: 0
LEIT. ANT.: 498	TAXA MÍNIMA	LEIT. ANT.: 0	
LEIT. ATUAL: 508	ANOMALIA DE LEITURA	LEIT. ATUAL: 0	
IFIT. FAT.: 508		IFIT. FAT.: 0	

DATA	VALOR	PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT.	NÚM. DE AMOSTRAS	ANÁLISES	ATENDEN. A
01/2019	14,7	TURBID. (NTU)	2,914/11	25	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO
02/2019	7,7	CONDUZ. (CMH)	2,914/11	25		
03/2019	7,7	PH (UNID.)	2,914/11	25		
04/2019	14,7	COLIFORMES TOTAIS	2,914/11	25		
05/2019	7,7	COLIFORMES TOTAIS	2,914/11	25		
06/2019	7,7	COLIFORMES TOTAIS	2,914/11	25		
07/2019	7,7	COLIFORMES TOTAIS	2,914/11	25		
08/2019	7,7	COLIFORMES TOTAIS	2,914/11	25		
09/2019	7,7	COLIFORMES TOTAIS	2,914/11	25		
10/2019	7,7	COLIFORMES TOTAIS	2,914/11	25		
11/2019	7,7	COLIFORMES TOTAIS	2,914/11	25		
12/2019	7,7	COLIFORMES TOTAIS	2,914/11	25		
MÉDIA	7,7					

Observações: TODAS AS AMOSTRAS DE ÁGUA E ESGOTO FORAM ANALISADAS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR. OS RESULTADOS DAS ANÁLISES SÃO ENVIADOS POR E-MAIL PARA O E-MAIL DO CLIENTE. A COMPENSA NÃO SE RESPONSABILIZA POR DANOS MATERIAIS OU MORIAIS CAUSADOS POR AQUELAS QUE NÃO SE ENQUADRAM NO ÂMBITO DE SUAS ATIVIDADES.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA		
RESIDENCIAL 201 CH. 0,00		
CONSUMO DE ÁGUA	9 M3	9,22
MUTUA P/IMPONIBILIDADE		0,65
DETAQUE AO PRE-CRANCA		0,00

PER	COTING	VALOR	VALOR	VALOR
0,22	0,22	0,22	0,22	0,22

VENCIMENTO: 20/09/2019

TOTAL A PAGAR: 14,87

Endereço para: INTERNET

Endereço para: 08/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTO: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

PARÂMETROS

00741564.8

08/2019-1

VENCIMENTO: 20/09/2019

TOTAL A PAGAR

14,87

VIR COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





COMPESA - Companhia de Saneamento de Pernambuco

Endereço: Rua da República, 100 - Centro - Recife - PE

Telefone: (0800) 11 9999 - 1111

Site: www.compesa.com.br

Nome do Cliente: _____ Inscrição: _____

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

1.000.000

1.000.000

Valor da Fatura: R\$ 1.000,00 Valor do Débito: R\$ 1.000,00 Valor do Pagamento: R\$ 1.000,00

Descrição	Valor	Valor do Débito	Valor do Pagamento	Valor do Saldo
Água	1.000,00	1.000,00	1.000,00	0,00
Esgoto	1.000,00	1.000,00	1.000,00	0,00
Outros	1.000,00	1.000,00	1.000,00	0,00
Total	3.000,00	3.000,00	3.000,00	0,00

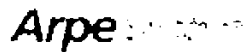
Resumo dos Serviços e Tarifas Consumo por Faixa Valor de:

1.000.000

1.000.000

1.000.000

1.000.000



1.000.000

1.000.000

1.000.000

1.000.000

COMPANHIA DE SANEAMENTO DE PERNAMBUCO



CELPE

1964

1965

1966

1967

1968

1969

1970

1971

1972

1973

1974

1975

1976

1977

1978

1979

1980

1981

1982

1983

1984

1985

1986

1987

1988

1989

1990

1991

1992

1993

1994

1995

1996

1997

1998

1999

2000

2001

2002

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

2017

2018

2019

2020

2021

2022

2023

2024

2025

2026

2027

2028

2029

2030

2031

2032

2033

2034

2035

2036

2037

2038

2039

2040

2041

2042

2043

2044

2045

2046

2047

2048

2049

2050

2051

2052

2053

2054

2055

2056

2057

2058

2059

2060

2061

2062

2063

2064

2065

2066

2067

2068

2069

2070

2071

2072

2073

2074

2075

2076

2077

2078

2079

2080

2081

2082

2083

2084

2085

2086

2087

2088

2089

2090

2091

2092

2093

2094

2095

2096

2097

2098

2099

2100

2101

2102

2103

2104

2105

2106

2107

2108

2109

2110

2111

2112

2113

2114

2115

2116

2117

2118

2119

2120

2121

2122

2123

2124

2125

2126

2127

2128

2129

2130

2131

2132

2133

2134

2135

2136

2137

2138

2139

2140

2141

2142

2143

2144

2145

2146

2147

2148

2149

2150

2151

2152

2153

2154

2155

2156

2157

2158

2159

2160

2161

2162

2163

2164

2165

2166

2167

2168

2169

2170

2171

2172

2173

2174

2175

2176

2177

2178

2179

2180

2181

2182

2183

2184

2185

2186

2187

2188

2189

2190

2191

2192

2193

2194

2195

2196

2197

2198

2199

2200

2201

2202

2203

2204

2205

2206

2207

2208

2209

2210

2211

2212

2213

2214

2215

2216

2217

2218

2219

2220

2221

2222

2223

2224

2225

2226

2227

2228

2229

2230

2231

2232

2233

2234

2235

2236

2237

2238

2239

2240

2241

2242

2243

2244

2245

2246

2247

2248

2249

2250

2251

2252

2253

2254

2255

2256

2257

2258

2259

2260

2261

2262

2263

2264

2265

2266

2267

2268

2269

2270

2271

2272

2273

2274

2275

2276

2277

2278

2279

2280

2281

2282

2283

2284

2285

2286

2287

2288

2289

2290

2291

2292

2293

2294

2295

2296

2297

2298

2299

2300

2301

2302

2303

2304

2305

2306

2307

2308

2309

2310

2311

2312

2313

2314

2315

2316

2317

2318

2319

2320

2321

2322

2323

2324

2325

2326

2327

2328

2329

2330

2331

2332

2333

2334

2335

2336

2337

2338

2339

2340

2341

2342

2343

2344

2345

2346

2347

2348

2349

2350

2351

2352

2353

2354

2355

2356

2357

2358

2359

2360

2361

2362

2363

2364

2365

2366

1. NAME _____
 2. DATE _____
 3. TIME _____
 4. LOCATION _____
 5. REASON _____
 6. WITNESSES _____
 7. SIGNATURE _____
 8. INITIALS _____
 9. REMARKS _____
 10. DATE _____
 11. TIME _____
 12. LOCATION _____
 13. REASON _____
 14. WITNESSES _____
 15. SIGNATURE _____
 16. INITIALS _____
 17. REMARKS _____
 18. DATE _____
 19. TIME _____
 20. LOCATION _____
 21. REASON _____
 22. WITNESSES _____
 23. SIGNATURE _____
 24. INITIALS _____
 25. REMARKS _____
 26. DATE _____
 27. TIME _____
 28. LOCATION _____
 29. REASON _____
 30. WITNESSES _____
 31. SIGNATURE _____
 32. INITIALS _____
 33. REMARKS _____
 34. DATE _____
 35. TIME _____
 36. LOCATION _____
 37. REASON _____
 38. WITNESSES _____
 39. SIGNATURE _____
 40. INITIALS _____
 41. REMARKS _____
 42. DATE _____
 43. TIME _____
 44. LOCATION _____
 45. REASON _____
 46. WITNESSES _____
 47. SIGNATURE _____
 48. INITIALS _____
 49. REMARKS _____
 50. DATE _____
 51. TIME _____
 52. LOCATION _____
 53. REASON _____
 54. WITNESSES _____
 55. SIGNATURE _____
 56. INITIALS _____
 57. REMARKS _____
 58. DATE _____
 59. TIME _____
 60. LOCATION _____
 61. REASON _____
 62. WITNESSES _____
 63. SIGNATURE _____
 64. INITIALS _____
 65. REMARKS _____
 66. DATE _____
 67. TIME _____
 68. LOCATION _____
 69. REASON _____
 70. WITNESSES _____
 71. SIGNATURE _____
 72. INITIALS _____
 73. REMARKS _____
 74. DATE _____
 75. TIME _____
 76. LOCATION _____
 77. REASON _____
 78. WITNESSES _____
 79. SIGNATURE _____
 80. INITIALS _____
 81. REMARKS _____
 82. DATE _____
 83. TIME _____
 84. LOCATION _____
 85. REASON _____
 86. WITNESSES _____
 87. SIGNATURE _____
 88. INITIALS _____
 89. REMARKS _____
 90. DATE _____
 91. TIME _____
 92. LOCATION _____
 93. REASON _____
 94. WITNESSES _____
 95. SIGNATURE _____
 96. INITIALS _____
 97. REMARKS _____
 98. DATE _____
 99. TIME _____
 100. LOCATION _____
 101. REASON _____
 102. WITNESSES _____
 103. SIGNATURE _____
 104. INITIALS _____
 105. REMARKS _____
 106. DATE _____
 107. TIME _____
 108. LOCATION _____
 109. REASON _____
 110. WITNESSES _____
 111. SIGNATURE _____
 112. INITIALS _____
 113. REMARKS _____
 114. DATE _____
 115. TIME _____
 116. LOCATION _____
 117. REASON _____
 118. WITNESSES _____
 119. SIGNATURE _____
 120. INITIALS _____
 121. REMARKS _____
 122. DATE _____
 123. TIME _____
 124. LOCATION _____
 125. REASON _____
 126. WITNESSES _____
 127. SIGNATURE _____
 128. INITIALS _____
 129. REMARKS _____
 130. DATE _____
 131. TIME _____
 132. LOCATION _____
 133. REASON _____
 134. WITNESSES _____
 135. SIGNATURE _____
 136. INITIALS _____
 137. REMARKS _____
 138. DATE _____
 139. TIME _____
 140. LOCATION _____
 141. REASON _____
 142. WITNESSES _____
 143. SIGNATURE _____
 144. INITIALS _____
 145. REMARKS _____
 146. DATE _____
 147. TIME _____
 148. LOCATION _____
 149. REASON _____
 150. WITNESSES _____
 151. SIGNATURE _____
 152. INITIALS _____
 153. REMARKS _____
 154. DATE _____
 155. TIME _____
 156. LOCATION _____
 157. REASON _____
 158. WITNESSES _____
 159. SIGNATURE _____
 160. INITIALS _____
 161. REMARKS _____
 162. DATE _____
 163. TIME _____
 164. LOCATION _____
 165. REASON _____
 166. WITNESSES _____
 167. SIGNATURE _____
 168. INITIALS _____
 169. REMARKS _____
 170. DATE _____
 171. TIME _____
 172. LOCATION _____
 173. REASON _____
 174. WITNESSES _____
 175. SIGNATURE _____
 176. INITIALS _____
 177. REMARKS _____
 178. DATE _____
 179. TIME _____
 180. LOCATION _____
 181. REASON _____
 182. WITNESSES _____
 183. SIGNATURE _____
 184. INITIALS _____
 185. REMARKS _____
 186. DATE _____
 187. TIME _____
 188. LOCATION _____
 189. REASON _____
 190. WITNESSES _____
 191. SIGNATURE _____
 192. INITIALS _____
 193. REMARKS _____
 194. DATE _____
 195. TIME _____
 196. LOCATION _____
 197. REASON _____
 198. WITNESSES _____
 199. SIGNATURE _____
 200. INITIALS _____
 201. REMARKS _____
 202. DATE _____
 203. TIME _____
 204. LOCATION _____
 205. REASON _____
 206. WITNESSES _____
 207. SIGNATURE _____
 208. INITIALS _____
 209. REMARKS _____
 210. DATE _____
 211. TIME _____
 212. LOCATION _____
 213. REASON _____
 214. WITNESSES _____
 215. SIGNATURE _____
 216. INITIALS _____
 217. REMARKS _____
 218. DATE _____
 219. TIME _____
 220. LOCATION _____

[illegible][illegible]

1. NAME _____

2. DATE _____

3. TIME _____

4. LOCATION _____

5. WEATHER _____

6. WIND _____

7. WAVE _____

8. SEA _____

9. SWELL _____

10. STATE _____

11. REMARKS _____

12. REMARKS _____

13. REMARKS _____

14. REMARKS _____

15. REMARKS _____

16. REMARKS _____

17. REMARKS _____

18. REMARKS _____

19. REMARKS _____

20. REMARKS _____

21. REMARKS _____

22. REMARKS _____

23. REMARKS _____

24. REMARKS _____

25. REMARKS _____

26. REMARKS _____

27. REMARKS _____

28. REMARKS _____

29. REMARKS _____

30. REMARKS _____

31. REMARKS _____

32. REMARKS _____

33. REMARKS _____

34. REMARKS _____

35. REMARKS _____

36. REMARKS _____

37. REMARKS _____

38. REMARKS _____

39. REMARKS _____

40. REMARKS _____

41. REMARKS _____

42. REMARKS _____

43. REMARKS _____

44. REMARKS _____

45. REMARKS _____

46. REMARKS _____

47. REMARKS _____

48. REMARKS _____

49. REMARKS _____

50. REMARKS _____

51. REMARKS _____

52. REMARKS _____

53. REMARKS _____

54. REMARKS _____

55. REMARKS _____

56. REMARKS _____

57. REMARKS _____

58. REMARKS _____

59. REMARKS _____

60. REMARKS _____

61. REMARKS _____

62. REMARKS _____

63. REMARKS _____

64. REMARKS _____

65. REMARKS _____

66. REMARKS _____

67. REMARKS _____

68. REMARKS _____

69. REMARKS _____

70. REMARKS _____

71. REMARKS _____

72. REMARKS _____

73. REMARKS _____

74. REMARKS _____

75. REMARKS _____

76. REMARKS _____

77. REMARKS _____

78. REMARKS _____

79. REMARKS _____

80. REMARKS _____

81. REMARKS _____

82. REMARKS _____

83. REMARKS _____

84. REMARKS _____

85. REMARKS _____

86. REMARKS _____

87. REMARKS _____

88. REMARKS _____

89. REMARKS _____

90. REMARKS _____

91. REMARKS _____

92. REMARKS _____

93. REMARKS _____

94. REMARKS _____

95. REMARKS _____

96. REMARKS _____

97. REMARKS _____

98. REMARKS _____

99. REMARKS _____

100. REMARKS _____

1. The first of these is the fact that the Commission has not yet received any information from the Government of the United Kingdom regarding the proposed changes to the law of the United Kingdom regarding the treatment of the United Kingdom's citizens who are not citizens of the United Kingdom.

3350000000-9 #2012311004 000937119870 4 14242512243 A



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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

Eu, Júlia Helena B. Ferreira, inscrito (a) no CPF/CNPJ 093907724, 86 inscrito (a) no CPF sob o nº 11634824403, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima João Wagner Vieira de Melo, conforme eliminação da Circular Susep 445/12.

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

Recuso informar

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

Rua <u>15 de Novembro</u>		Número <u>255</u>	Complemento <u>A</u>
Cidade <u>Parauapebas</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>	
Telefone comercial (DDD) _____		Telefone celular (DDD) <u>81991349621</u>	

Parauapebas, 03 de Novembro de 2019
Local e Data

Júlia Helena B. Ferreira
Assinatura do Declarante

001/2017

