Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

06/04/2020

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)	**EWERSON 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

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

C O N T E S T A Ç Ã O

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **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.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R$ 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/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC[3].

---

[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**

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 irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."***

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R$ 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 deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **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)

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 parciais[4].

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 STJ[5].

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 SESSENTA 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 citação[6.]

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[7]

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 da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

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

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

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

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

---

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

[7] ***art. 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 covênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 26 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/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

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

06/04/2020

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)	**EWERSON 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)

LÍDER

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

http://www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

profissão e renda

esta recusa é passível de comunicação ao COAF

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 15:25:39
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20406152539284000000059301713
Número do documento: 20406152539284000000059301713

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	Cartão SUS:	Nome do Paciente:
2_164609 2.999	702400008890924	JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Nascimento:	Idade:	Sexo:	Raça/Cor:	Tel. Contato:	Tel. Contato:
6-07-09	23 anos	MASCULINO	PARDO	(99) 9999-9999	(99) 9999-9999

me do Pais: ERA AMARA DE LIMA

Observações: 0

dereço: SITIO MUMBUCAS 0 CHÃ GRANDE PE

ANTROPOMETRIA

SO: ____ Kg ALTURA: ____ m MASSA: ____

SINAIS VITAIS / GLICEMIA

: 130 X 80 mmHg TEMPERATURA: ____ C GLICEMIA: 129 mg/dl
EQ.CARD.: 78 bpm SAT. O2.: ____ % ☐ Jejum ☐ Pós-Prandial
EQ.RESP.: 99 mpm HGT: ____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

RGIAS? ☐ QUAIS?

TOMAS RELATADOS PELO PACIENTE: Pel [illegible] pelo [illegible], com [illegible] [illegible] [illegible]. Apresentando [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

Tão e: [illegible]

EXAMES FÍSICOS

[illegible] Comatos, [illegible] [illegible] [illegible]

DIAGNOSTICO

HOP

57 55 428

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

[illegible] 19:23

a do Atendimento: ____/____/____ Hora: ____:____

Médico / CRM / Carimbo

Av. 20 de Dezembro - Chã Grande - PE

PREFEITURA CHÃ GRANDE
POR UMA CIDADE FELIZ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
Avenida 20 de Dezembro, 148 - Centro - Chã Grande - PE
Fone: (81) 3537 1316 - CNPJ: 11 049 806/0001-90 - CNES Nº 2344408

HOSPITAL DE DESTINO: Hospital Chã de Pedra
SENHA DE REGULAÇÃO: 5755418
MÉDICO REGULADOR:
DATA DA RESERVA: 23 / 08 / 19 **HORA DA RESERVA:**

Médico assistente
Carimbo

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:
UNIDADE DE DESTINO:
NOME DO PACIENTE: [illegible]

CPF	IDENTIDADE	DATA NASCIMENTO	SEXO
			FEM MASC

HISTÓRIA CLÍNICA

[illegible]

ECG [illegible] PA 130x80

CONDUTA INICIAL:

[illegible]

EXAMES REALIZADOS: [illegible]

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:
OUTROS DIAGNÓSTICOS:
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:
Data da transferência:

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

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

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:
CICERA AMARA DE LIMA

Endereço:
AVENIDA SAO JOSE , N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

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 CONSCIENCIA OU VOMITOS
NEGA DOR CERVICAL
REFERE USO DE CAPACETE
TRAZIDO PELO SAMU COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
ALERGIA: NEGA
MEDICAÇÕES: NEGA

Exame Físico

A: VIAS AEREAS PERVIAS
B: MV+ AHT, S/RA, SEM DEFORMIDADES APARENTES
C: SEM SANGRAMENTO ATIVO
ABD FLACIDO DEPRESSVEL, 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

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

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

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:
CICERA AMARA DE LIMA

Endereço:
AVENIDA SAO JOSE , N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:

DATA AVISO CIRURGIA:

ATENDIMENTO:
03369529

CÓDIGO PACIENTE:
01093867

NOME DO PACIENTE:
JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

SITUAÇÃO CIRURGIA:

TIPO DE ANESTESIA:
RAQUI ANESTESIA

COM CEC:

COM ROBÓTICA:

CID FINAL:
FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA - S828

Procedimento
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA - 0408050500

Material:

DATA / HORA INÍCIAL:
25/08/2019 16:00

DATA / HORA FINAL:
25/08/2019 18:00

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

DR:EDUARDO KRUG + MONICA R1
ANESTESISTA : LUCAS PEREIRA

ASSEPSIA E ANTISEPSIA, APOSIÇAÕ DE CAMPOS ESTÉREIS, INCISÃO ANTERO-LATERAL, DISSECÇÃO PÓR 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:
CICERA 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:
03369529

CÓDIGO PACIENTE:
01093867

NOME DO PACIENTE:
JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

SITUAÇÃO CIRURGIA:

TIPO DE ANESTESIA:
RAQUI ANESTESIA

COM CEC:

COM ROBÓTICA:

CID FINAL:
FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA - S828

Procedimento
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA - 0408050500

Material:

DATA / HORA INÍCIAL:
25/08/2019 16:00

DATA / HORA FINAL:
25/08/2019 18:00

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

DR:EDUARDO KRUG + MONICA R1
ANESTESISTA : LUCAS PEREIRA

ASSEPSIA E ANTISEPSIA, APOSIÇAÕ DE CAMPOS ESTÉREIS, INCISÃO ANTERO-LATERAL, DISSECÇÃO PÓR 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

Prontuário: 1095867
Nº. Atendimento: 3369529
Serviço: ORTOPEDIA E

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:
CICERA AMARA DE LIMA

Endereço:
AVENIDA SAO JOSE , N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

Enfermaria/Leito:
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 CONFIRMACAO

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 3388529 **Leito:** TRAU 17-03 - POSTO II **Admissão:** 23/08/2019 10:07
Convênio: SUS - INTERNACAO **Plano:** PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 596781 (FECHADO)

Responsável: HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSI FILHO - CRM 27794

Data de Referência: 05/09/2019
Data/Hora do Documento: 05/09/2019 14:45

ORTOPEDIA

PCT COM RELATO DE ACD 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
AGUARDO RX DE MAO, SE SEM ALTERAÇÕES. ALTA
IMBOLIZADR EM MÃO

HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSI
CRM 27794

[illegible]

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 CNSULTORIO DO MESMO.
FRATURA 4ª MTC E COM BOA CONSIÇÃO, NÃO DESVIADO, NEM RODADO.
SEGUNDO A PRECEPTORIA IMOBILIZAÇÃO TIPO LUVA + RETORNO AMBULATORIAL COM 30 DIAAS

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: HERMES WAGNER (HOSPITAL ARMINDO MOURA
PARA CONTROLE EM: 3SEMANAS DIAS

[illegible] LAZARO VIEIRA DE MELO [illegible]

[illegible] CRM [illegible] necessita de 01 [illegible] afastamento do trabalho, a partir desta data, por [illegible] de doença.

[illegible] FRATURA DE TIBIA ESQUERDA E4º MTC

[illegible] deverá comparecer ao ambulatório de: ORTOPEDIA DO HOSPITAL [illegible]MINDO MOURA EM MORENO

[illegible] em 30 dias.

Recife, 05/09/2019

Médico – CRM-PE

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

Declaro para os devidos fins de comprovação que [redacted]
José Lazaro Vieira D. M. 23 anos [redacted]
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 Chã Grande, no [redacted]
de Agosto de 2019, às 18 h 29 min (número do registro da ocorrência: 56341230).

Breve descrição do caso e estado geral do paciente/vítima:
Vítima de acidente de motocicleta, apresentou fratura exposta em MIE.

Encaminhado para o Hospital Geral 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, imobilização, Protocolo de Trauma e mobilização.

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço

Atenciosamente,

Isabella Mayara M. De J. Macêdo

Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE

[redacted]

ATESTADO MÉDICO

ATESTO 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 ARMINDO MOURA EM MORENO

Com 30 dias

Recife, 05/09/2019

Médico – CRM-PE

OBS: 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

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

Atendimento N.

Cartão SUS: 70[illegible]0574
Nome do Paciente: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
Nº Nascimento: [illegible]
Idade: 23 anos
Sexo: MASCULINO
Raça/Cor: PARDO
Tel. Contato: (99) 9999-9999
Tel. Contato: (99) 9999-9999
Nome da Mãe: [illegible] AMARA DE LIMA
Observações:
Endereço: SITIO MUMBUCAS 0 CHÃ GRANDE PE

PESO: ___ kg ALTURA: ___ m MASSA:

A: ___ mmHg TEMPERATURA: ___ GLICEMIA: ___ mg/d.
FEQ.CARD.: ___ bpm SAT. O2.: ___ % ☐ Jejum ☐ Pós-Prandial
FEQ.RESP.: ___ irpm HGT:

ALERGIAS? ☐ QUAIS?
SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE: [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Data do Atendimento: ___/___/___ Hora: ___:___

Médico / CRM / Carimbo

PREFEITURA CHÃ GRANDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
Avenida 20 de Dezembro, 148 - Centro - Chã Grande - PE
Fone: (81) 3537 1316 - CNPJ: 11 049 806/0001-90 - CNES Nº 2344408

HOSPITAL DE DESTINO:

SENHA DE REGULAÇÃO:

MÉDICO 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

Dados do Atendimento:

Enfermaria/Leito:

Médico:
LUIZA CALABRIA RIBEIRO PESSOA

Admissão

Queixa Principal

História Clínica

Exame Físico

Observações

Conduta

Data/Hora

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend: [illegible]
Prontuário: [illegible]
Nº Atendimento: 3369529
Serviço: ORTOPEDIA I

Enfermaria/Leito
TRAUMATOLOGIA [illegible]

Médico
[illegible]

DESCRIÇÃO CIRURGICA DETALHADA

[illegible] DATA ALTA [illegible] ATENDIMENTO 3369529 [illegible] 8109367

NOME DO PACIENTE
[illegible]

[illegible] ANESTESIA
[illegible]

[illegible]
[illegible]
[illegible]
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRAT. [illegible]
[illegible]

DATA [illegible] DATA [illegible]
[illegible] 29/08/2019 [illegible]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

[illegible]
ANESTESISTA [illegible] PEREIRA

[illegible] ANTISEPSIA ABUNDANTE [illegible] ANTERIOLATERAL DISSECÇÃO [illegible] PLANOS VISUALIZADO [illegible] ALÇA REALIZADO LIMPEZA [illegible] COM SERRA DESBRIDAMENTO CIRURGICO OSTEOSSINTESE COM FIXATOR [illegible] SUTURA DA PE [illegible] ATIVO

Prontuário: [illegible]
Nº Atend: [illegible]
Serviço: ORTOPEDIA F

Enfermaria/Leito:
TRAUMATOLOGIA [illegible]

Médico:
EDUARDO [illegible]

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

ATENDIMENTO
[illegible]

CONVÊNIO PATRONATO
[illegible]

DATA ATUAL DA CIRURGIA

COM ROBÓTICA

DATA PREVISTA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DR EDUARDO [illegible]
DR [illegible]

[illegible]

Enfermaria/Leito:

Médico

CIRURGIA PROPOSTA

CIRURGIA REALIZADA

DIAGNÓSTICO INICIAL

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO

INTERCORRÊNCIA

ÓRTESE E PRÓTESE

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO
Em: 01/10/2019 09:36

Paciente: [illegible] JOSE LAZARO [illegible] DE MELO Idade: 33

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho - Número Cons.: CRM - [illegible] - 7412 Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 3369529 **Leito:** TRAU 17-03 - POSTO II **Admissão:** 23/08/2019 10:07

Convênio: SUS - INTERNAÇAO **Plano:** PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 594148 (FECHADO)

Responsável: HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSI FILHO
CRM 27794

Data de Referência: 02/09/2019
Data/Hora do Documento: 02/09/2019 14:21

ORTOPEDIA

HDA COM RELATO DE ACID DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA ESQUERDA
COLOCOU FIX EXTERNO NA EMERGENCIA

RX: FX DE OSSOS DA PERNA ESQ. [illegible]

CASTA
EM REUNIÃO DE STAFFS FICARAM DE AGUARDAR RX POS FIXADOR PARA DECIDIR ENTRE TRATAMENTO COM FIXADOR OU GX

[illegible] TRAU PELOS STAFF NOVO RADIOGRAFIA DE MAO E SE TIVER TUDO BEM ALTA COM FIXADOR E RETORNO COMM HERMES WAGNER NO HOSPITAL DE MORENO

HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSI
CRM 27794

Paciente: [illegible] JOSE LAZARO [illegible] DE MELO Idade: [illegible]

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho: Número Conselho: CRM - UF: 7413 Função: MEDICO(A)

RELATORIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3339529 **Leito: TRAU 17-03 - POSTO II** **Admissão: 23/08/2019 10:07**

Convênio: SUS - INTERNACAO **Plano: PLANO UNICO**

EVOLUÇÃO: 596781 (FECHADO)

Responsável: HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSI 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
COLOCADO FIX EXTERNO NA EMERGENCIA
OBSERVADA RADIOGRAFIA DE MAO COM FRATURA DE METACARPO 4º E COM BOA EVOLUÇÃO AO TRATAMENTO CONSERVADOR
HD: FX DE OSSOS DA PERNA ESQ 4292

CAB DIA
EM REUNIÃO DE STAFFS FICAR PARA DE AGUARDAR RX PÓS FIXADOR PARA DECIDIR ENTRE TRATAMENTO COM FIXADOR OU GESSO

CONFORME COMBINADO PELOS STAFF ALTA COM FIXADOR E RETORNO COMM HERMES WAGNER NO HOSPITAL DE MORENO
AGUARDO RX DE MAO QUE SEM ALTERAÇÕES ALTA
IMOBILIZADOR EM MÃO

HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSI
CRM 27794

[redacted]

Nome: JOSE LAZARO [redacted]

Reg: [redacted] **Enf:** [redacted]

DATA DE ENTRADA: 23.08.19 **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):

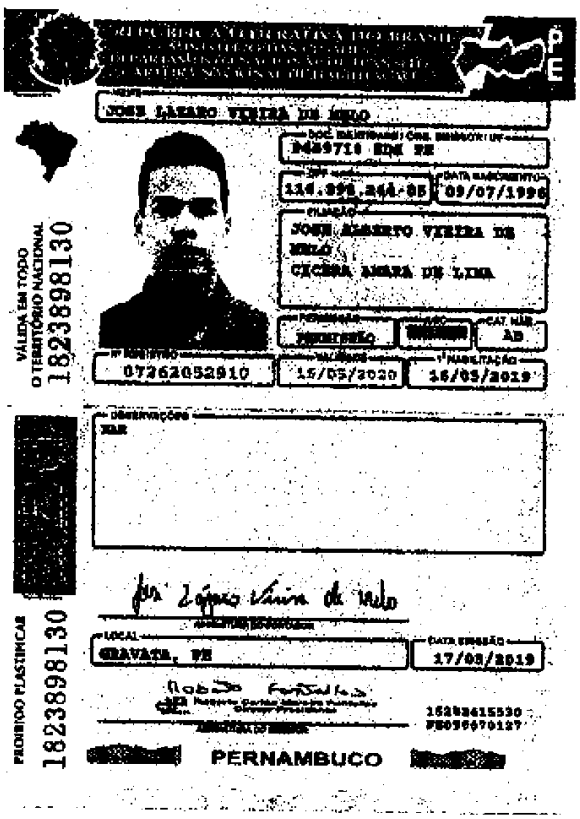
PACIENTE COM O DIAGNOSTICO ACIMA, FOI ADMITIDO NA URGENCIA, ONDE COLOCOU-SE FIXADOR EXTERNO. EVOLUI COM CONDIÇÃO DE PELE NÃO BOA, A ESPERA DE MELHORA DE PARTES MOLES FOI DISCUTIDO EM VISITA COM DR HERMES VAGNER QUE ORIENTOU ALTA HOSPITALAR COM FIXADOR EXTERNO PARA ACOMPANHAMENTO NO SERVIÇO DO HOSPITAL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

FRATURA 4º MTC COM BOA CONSOLIDAÇÃO, NÃO DESVIADO, NEM RODADO

SEGUNDO A PREFEITORIA IMOBILIZAÇÃO TIPO LUVA + RETORNO AMBULATORIAL [illegible] DIAS

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE HERMES WAGNER (HOSPITAL ARMINDO MOURA

PARA [illegible] EM 3SEMANAS [illegible] AS



JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

114.098.244-05 | 09/07/1996

JOSE ALBERTO VIEIRA DE MELO
CICERA AMARA DE LIMA

AB

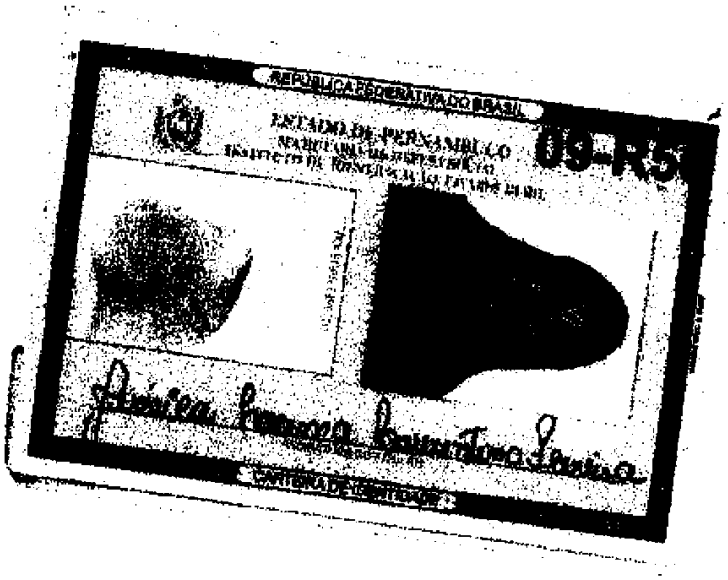
07262052910 | 15/05/2020 | 16/05/2019

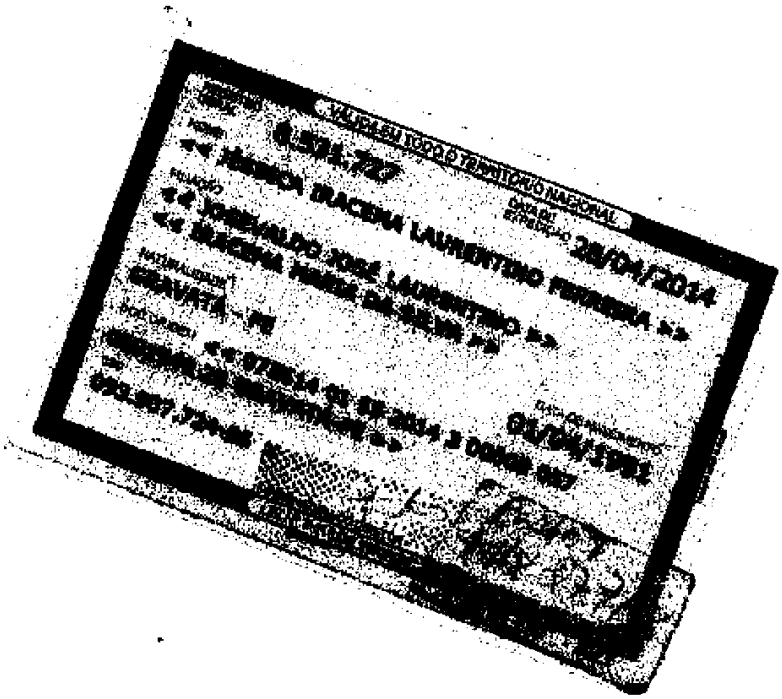
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
182389813 0

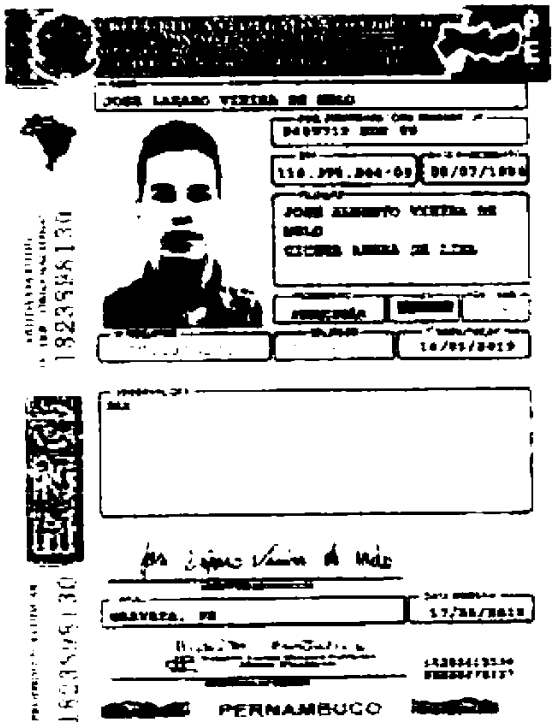
PROIBIDO PLASTIFICAR
182389813 0

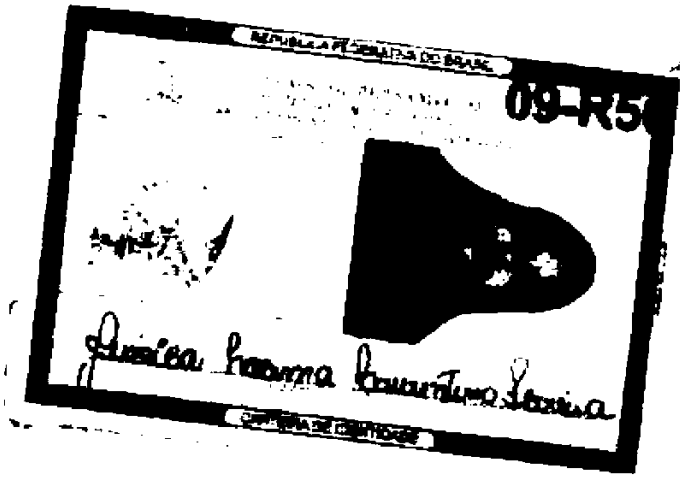
GRAVATA, PE | 17/05/2019

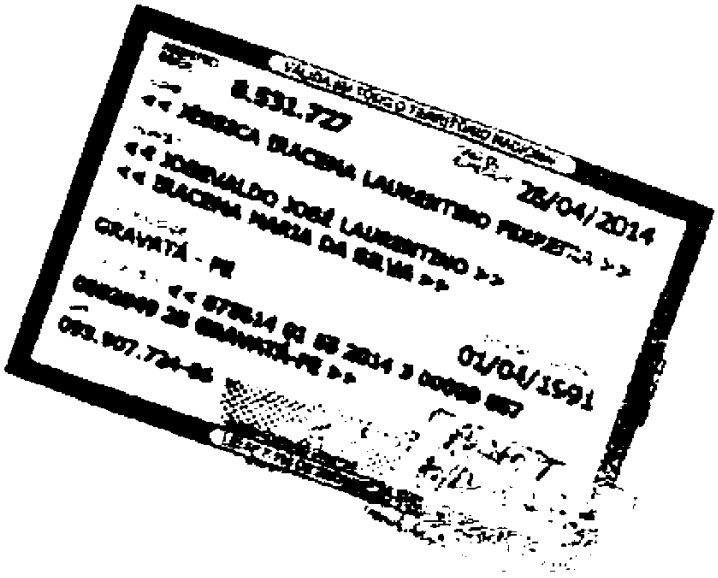
PERNAMBUCO


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
4.574.727
28/04/2014
MARCA DIACENA LAURENTINO FERREIRA
JOSEVALDO JOSÉ LAURENTINO
GRAVATÁ - PE


JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
PERNAMBUCO


09-R5


8.531,77
<< JESSICA BIACENA LAURENTINO PERPETUA >>
<< JOSENALDO JOSÉ LAURENTINO >>
<< BIACENA MARIA DA SILVA >>
GRAVATÁ - PE
28/04/2014
01/04/1991

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394765/19

Vítima: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Data do acidente: 23/08/2019

CPF: 116.398.244-05

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

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 - OSTEOSSÍNTESE (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

Seguradora LIDER

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 - OSTEOSSÍNTESE (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: _____ sob CPF _____ portador da cedula de RG _____ residente e domiciliado _____

Outorgado: Jéssica Raquel e Guilherme Ferreira inscrito no CPF sob nº 393.907.724-86 portador da cedula de RG 5531727 SESP-PE residente e domiciliado residente na R. 15de novembro 255 a centro _____

_____ na qualidade procuradora **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver _____ questões administrativas referente ao **SEGURO DPVAT**, que segura como **vitima** _____

_____ de _____ de _____

_____

_____

_____

_____

_____

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006928/20

Vítima: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Data do acidente: 23/08/2019

CPF: 116.398.244-05

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Steffany Caroliny 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

Pag. 00285/00286 - carta_01 - INVALIDEZ

00020143

Carta nº 15335018

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

Pag. 00215/00216 - carta_15R - INVALIDEZ

00030108

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LIDER

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 116 398 244 - 05

4 - Nome completo da vítima: José Lazaro Vieira de Melo

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: José Lazaro Vieira de Melo

6 - CPF:

7 - Profissão: Aposentado

8 - Endereço: R. Maria do Carmo Alves Mem

9 - Número: 2011

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Augusto C.

12 - Cidade: Ilha Grande

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55636-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): 81991349621

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0943 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 27786 9 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO:

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

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

PERMANENTE

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

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

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

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

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

MORTE

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário (quando houver)

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Gravatá - PE 03.11.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

!/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☐ DANOS/DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

DADOS CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

ANEXAR CÓPIA

RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

☐ CONTA POUPANÇA ☐ CONTA CORRENTE

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE DADOS (DIVIDA) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro

- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data da Morte da Vítima

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não

Estado civil

NÃO ALFABETIZADO

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39. 2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

BENEFICIÁRIO

Assinatura do beneficiário ou representante legal

Assinatura do beneficiário ou representante legal

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE CHA GRANDE
67ª CIRCUNSCRIÇÃO

559184
0394765/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA 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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **23/8/2019** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO 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 (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (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: **9469710/SDS/PE (RG), 11639824405 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2°, 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 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAFAEL PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE LÁZARO 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: **900269626** Chassi: **9C2JC30707R031401**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**

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 LÁZARO VIEIRA DE MELO INFORMANDO QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO. SEGUNDO RELATA A VITIMA ELE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KGM4528, RENAVAN Nº 900269626, CHASSI Nº 9C2JC30707R031401, 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 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 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 OCORRENCIA.

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

José Lázaro Vieira de Melo

JOSE LÁZARO VIEIRA DE MELO
(VITIMA)

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

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE CHA GRANDE
ST CIRC

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **19E0157000847**

[illegible] do **17/10/2019** às **15:44**

A AGENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que ocorreu no dia **23/8/2019** às **18:30**

[illegible] **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 01, PE 971** [illegible] **CENTRO - CHA GRANDE PERNAMBUCO BRASIL**
[illegible] **VIA PUBLICA**

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO (presente ao plantão) [illegible] **Masculino** [illegible] **DICERA AMARA DE LIMA JOSE ALBERTO VIEIRA DE MELO** [illegible] **971996** [illegible] **GRAVATA - PERNAMBUCO BRASIL** [illegible] **9459710 SDS/PE** (RG) **11639824405** (CPF) [illegible] **SOLTEIRO(A)** [illegible] **2º. GRAU COMPLETO** [illegible] **SERVENTE DE OBRAS** [illegible]
991011847

[illegible] **RUA MARIA DO CARMO ALVES MENEZES, 04 - CEP: 0 - Bairro AUGUSTO DAVID - CHA GRANDE PERNAMBUCO BRASIL - POR TRAS DO CLUBE - CASA CERÂMICA BEGE**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) [illegible] **Masculino** [illegible] **DESCONHECIDA** [illegible] **DESCONHECIDO** [illegible] **NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL**

RAFAEL PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) [illegible] **Masculino** [illegible] **DESCONHECIDA** [illegible] **DESCONHECIDO** [illegible] **NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL**

[illegible]

MOTOCICLETA 1 (VEICULO): [illegible] **RAFAEL PEREIRA DA SILVA** [illegible] **JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO**
[illegible] **MOTOCICLETA/HONDA CG 125 FAN ES** [illegible] **Não INFORMADA** [illegible] **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

[illegible] **KOM4545** [illegible] **900269626** [illegible] **9BGJC3070/R031401**
[illegible] **2006/2007** [illegible] **GASOLINA**

[illegible]

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade social Sim **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sim **DESCONHECIDO**
[illegible] **MOTOCICLETA DESCONHECIDO NÃO INFORMADO** Observações: **Não**
[illegible] **(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, RENAVAN Nº 900269626, CHASSI Nº 9C2JC30707R031401, 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 LADEIRA 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 COLISÃO 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: 24.764 E 10 PAC- 164609; 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)

[illegible] **FABIO JÚNIOR DA SILVA** - Matrícula **273771-0**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LIDER

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 116 398 244 - 05

4 - Nome completo da vítima: José Lazaro Vieira de Melo

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: José Lazaro Vieira de Melo

6 - CPF:

7 - Profissão: Aposentado

8 - Endereço: R. Maria do Carmo Alves Mem

9 - Número: 2011

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Augusto C.

12 - Cidade: Ilha Grande

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55636-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): 81991349621

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

☐ **Bradesco (237)** ☐ **Itaú (341)**

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

AGÊNCIA: 0943 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 27786 9 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO:

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

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

PERMANENTE

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

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

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

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

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

MORTE

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário (quando houver)

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Gravatá - PE 03.11.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

!/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☐ DANOS/DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

FLUXO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 16 E 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

ANEXAR CÓPIA

RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

☐ CONTA POUPANÇA ☐ CONTA CORRENTE

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE DADOS (DIVIDA) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro

- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

☐ Viúvo(a) ☐ Casado(a) (PACS) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) judicialmente ☐ Viúvo(a)

Data do óbito da vítima

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não

Estado civil

NÃO ALFABETIZADO

Nome

CPF

Assinatura da testemunha

39. 2º Nome:

CPF

Assinatura da testemunha

BENEFICIÁRIOS

Assinatura da vítima ou do(a) procurador(a)

Assinatura do(a) beneficiário(a) ou do(a) procurador(a)

[illegible]

[illegible] (SAMU) [illegible]

[illegible] de 2019 [illegible] 25 [illegible]

ocorrência: 5647240

[illegible] do caso e estado geral do paciente/vítima:

[illegible] de acidente de motocicleta, [illegible]

[illegible] Lesão Medula em MIE.

Encaminhado para o Hospital: Geral Alfredo Alves De Lima

Avaliado pelo(a) médico(a): José 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 imobilização.

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

Isabella Mayara M. De S. Macêdo

Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE

Isabella Mayara Sousa
COREN-PE 434.221 - ENF

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	Cartão SUS:	Nome do Paciente:
2_164609 2.999	702400008890924	JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Nascimento:	Idade:	Sexo:	Raça/Cor:	Tel. Contato:	Tel. Contato:
6-07-09	23 anos	MASCULINO	PARDO	(99) 9999-9999	(99) 9999-9999

me do Pais: ERA AMARA DE LIMA

Observações: 0

dereço: SITIO MUMBUCAS 0 CHÃ GRANDE PE

ANTROPOMETRIA

SO: ____ Kg ALTURA: ____ m MASSA: ____

SINAIS VITAIS / GLICEMIA

: 130 X 80 mmHg TEMPERATURA: ____ C GLICEMIA: 129 mg/dl
EQ.CARD.: 78 bpm SAT. O2.: ____ % ☐ Jejum ☐ Pós-Prandial
EQ.RESP.: 99 mpm HGT: ____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

RGIAS? ☐ QUAIS?

TOMAS RELATADOS PELO PACIENTE: Pel [illegible] pelo [illegible] com [illegible]
[illegible] Apresentando [illegible] em [illegible]
Tão e: [illegible]

EXAMES FÍSICOS

[illegible]

DIAGNOSTICO

HOP

57 55 428

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

[illegible] 19:23

a do Atendimento: ____/____/____ Hora: ____:____

Médico / CRM / Carimbo

Av. 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

compesa

AVENIDA CRUZ CABUGÁ - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-900. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: IP.1.001.0014396-2
CNPJ: 09.769.135/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019089415648 **Escritório:** CHA GRANDE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARITA PORTEA DE AZEVEDO
R MARIA DO CARMO ALVES DE MENEZES, N. 00011 - AUGUSTO DAVID CHA GRANDE DE 55646-000
INSCRIÇÃO: 045.140.320.0131.000 **GRUPO:** 12

00741564.8 | 08/2019-1

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00741564.8

LIGAÇÃO	POTENCIAL			
A1100766036	06/08/2019	05/09/2019	MEDIA HD /	

ÁGUA
LEIT. ANT.: 498 CONSUMO: 9
LEIT. ATUAL: 508 TAXA MINIMA
LEIT. FAT.: 508 ANORMALIDADE DE LEITURA

ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.: VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA	CONSUMO	
07/2019	14/	[redacted]
06/2019	7/	[redacted]
05/2019	7/	[redacted]
04/2019	14/	[redacted]
03/2019	8/	[redacted]
02/2019	7/	[redacted]
MÉDIA	8/ 0	[redacted]

PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. Nº 2.914/11	NÚMEROS DE AMOSTRAS ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM À LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	29	29	6
COR APARENTE	29	29	1
CLORO RESIDUAL	29	29	29
COLIFORMES TOTAIS	29	29	29
E.COLI	29	29	29

OBSERVAÇÕES: COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 96% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
TODOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, FLUORETO/CRLT E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
TODOS PARÂMETROS POR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

		CONSUMO POR FAIXA	VALOR R$
ÁGUA			
RESIDENCIAL 001 UNIDADE			
CONSUMO DE ÁGUA			
MULTA P/IMPONTUALIDADE	07/2019	9 M3	9,22
DEALAC AO PRO-CRIANCA	08/2019		5,65
			5,00

PIS	0,22	0,00	0,00	0,00
COFINS	0,99	0,00	0,00	0,00

VENCIMENTO: **20/09/2019** TOTAL A PAGAR: **14,87**

Emitida por: INTERNET

Emissão em: 04/11/2019

compesa

ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco
0800-2813844

MATRÍCULA: 00741564.8 | 08/2019-1

VENCIMENTO: **20/09/2019** TOTAL A PAGAR: **14,87**

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0620843-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES PONTES BEZERRA
PROA AO HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA

CNPJ 022.323.424-00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 15 DE NOVEMBRO 255 A

CENTRO/GRAVATA
GRAVATA PE
55640-000

CLASSIFICAÇÃO
01 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADE

082767343	CWCA	23/10/2019
23/10/2019	20/09/2019	1207870

4009371198	10/2019
18/11/2019	22/11/2019
82,01	

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Atividade	68,000000	0,8100292	60,72
Adicional Bandeira AMARELA			1,31
Adicional Bandeira VERMELHA			1,53
Contribuição Pública Municipal			8,24
ICMS Substituição COS-NF 0744687276-22/08/19			0,21

TOTAL DA FATURA 82,01

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FIXAÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	A ARRED	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	20/09/2019	[illegible]	23/10/2019	[illegible]	31	1,00000		68,00

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	72,66	25,00	18,17
PIS	72,66	1,29	0,94
COFINS	72,66	5,95	4,32

Descrição de Energia	R$	72,66	88,57%
Transmissão	R$	[illegible]	3,47%
Distribuição (Custos)	R$	19,28	23,27%
Perdas de Energia	R$	4,01	4,83%
Encargos Setoriais	R$	2,82	3,40%
Tributos	R$	3,36	4,05%
Total	R$	82,01	100%

C1E6 7268 AE34 CF3C FEE5 DE77 9D4A 4DE4

ATENÇÃO! LA CORTE INFORMA QUE HÁ(O) DÉBITO(S) EM ABERTO

EM ATRASO, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencto	Referência	Valor	Vencto	Referência	Valor
15/10/19	09/2019	36,75	15/09/19	08/2019	35,05

	CONSUMO	MÉDIA	LIMITE INFERIOR	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE MÁXIMO
SIC	0,00	5,65	11,17	33,51	
FIC	0,00	3,38	6,74	13,46	
DMIC	0,00	5,20	0,00	0,00	

Limite Dec: 12,28 — 5,50 — Valores de Referência de Qualidade de Serviço de Distribuição - Art 25 §4

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) Mínimo	Máximo
220	202	231

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
4009371198	10/2019	18/11/2019	82,01

83800000000-9 82010011004-0 00937119810-4 14242518243-8

compesa

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

CONSUMO POR FAIXA

compesa

Arpe

CELPE

Seguradora LÍDER

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

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

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

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de 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 nº9.613/98.

lo exposto, eu Jéssica Pacoma Lo. Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 09390772411 / 86 qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Cazarolino de Melo inscrito no CPF sob o Nº 116398244 05 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Cazarolino Melo de Melo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 116398244 05, conforme eminação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

ro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, ndo 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.

ço			
Rua 15 de Novembro		Número 255	Complemento A
Centro	Cidade Igarassu	Estado PE	CEP 55640-000
	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) 81991349621	

Igarassu 03 de Novembro de 2019
Local e Data

Jéssica Pacoma Lo. Ferreira
Assinatura do Declarante

001/2017