



Número: **0014620-82.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **16/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GENILDO GENIVAL DOS SANTOS (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62713918	29/05/2020 13:26	2723004_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



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

Processo: 00146208220208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

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 **GENILDO GENIVAL DOS SANTOS**, 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 **17/03/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 13/03/2018.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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



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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE Ocorrência

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 13/03/2018 após 01 ANO da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 17/03/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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



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, CPC¹.

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 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

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



DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

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

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

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

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

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

² RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³ **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."



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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

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 citação⁴.

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 ação⁵

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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Súmula 474 do STJ.

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ **art. 1º . (...)**

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



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

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

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

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, 22 de maio 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 **GENILDO GENIVAL DOS SANTOS**, em curso perante a **30ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00146208220208172001.

Rio de Janeiro, 22 de maio 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: **0014620-82.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **16/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

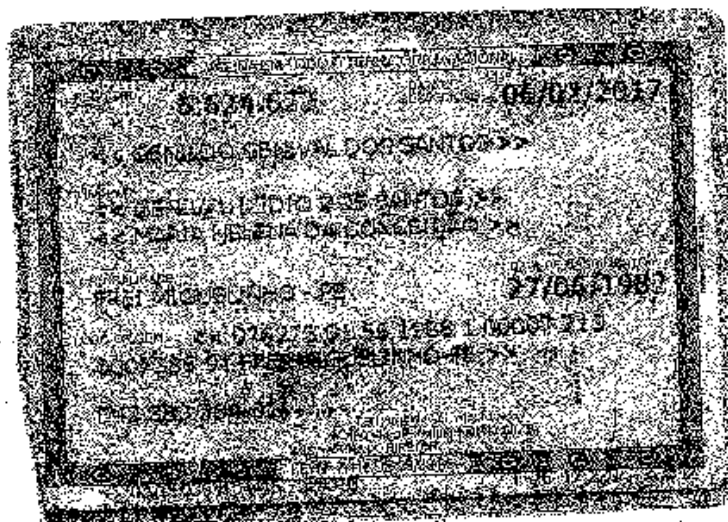
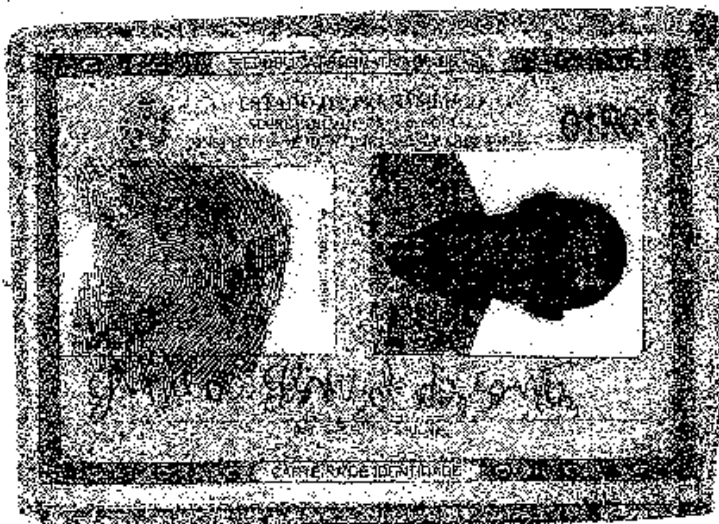
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GENILDO GENIVAL DOS SANTOS (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62713919	29/05/2020 13:26	ANEXO 1	Outros (Documento)



TAB. DE NOTAS E PROTESTO E OFÍCIO DO REG. DE IMÓVEIS, IT. E DOC. E PESSOAS JURÍDICAS
Rua do Comércio, 213 - Centro - Toritama - PE - CEP: 55125-000 - Fone: (071) 3341-3957

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que
me foi apresentado, a qual autentico e dou fé. TORITAMA-PE,
01/03/2018 13:45:02. Substituta: MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA ARAGÃO
Emp. 07, TPA R\$ - 0,65, FPC R\$ - 0,34 Total R\$ 1,00. Selos
0076752 1803201801-00037 Autenticidade em www.tre.tre.br/selofiscal

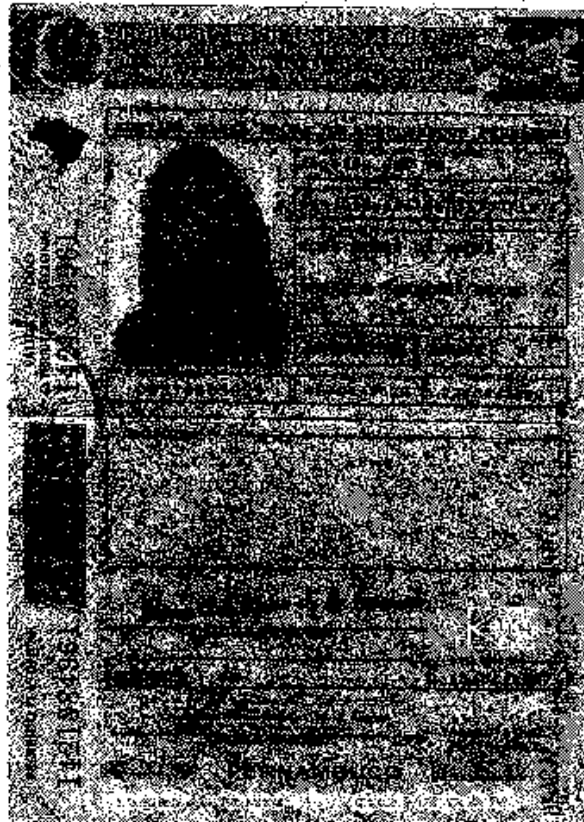
TAB. DE NOTAS E PROTESTO E OFÍCIO DO REG. DE IMÓVEIS, IT. E DOC. E PESSOAS JURÍDICAS
Rua do Comércio, 213 - Centro - Toritama - PE - CEP: 55125-000 - Fone: (071) 3341-3957

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que
me foi apresentado, a qual autentico e dou fé. TORITAMA-PE,
01/03/2018 13:45:02. Substituta: MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA ARAGÃO
Emp. 07, TPA R\$ - 0,65, FPC R\$ - 0,34 Total R\$ 1,00. Selos
0076752 1803201801-00037 Autenticidade em www.tre.tre.br/selofiscal

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grupos - Recife/PE CEP: 52011-040

João Carlos Toritama-PE
Rua do Comércio, 213 - Centro - Toritama-PE
Assessoria de Administração
Tribunal
Ismael da Rosa - Sr. Silva Araújo
70 - Substituta
Assessoria de Administração
20 - Substituta





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 8
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040



MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN-PE Nº 012564484443
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA: 10099213112 - RPTC: ***** - EXERCICIO: 2015

NOME: JOSE ROBELIO DE SOUSA

CORRETAMA-PE

OPCION: 234.456.214-15 - OYR0876

PLACA ANT./JF: ***** - CHASSI: 9C2KCL650ER025815

ESPECIE TIPO: BRS MOTOCICLETA - COMBUSTIVEL: ALCO/GR50L

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN ESD - ANO FAB: 2014 - ANO HOM: 2014

CAP/POT/CIL: 22/149CVL - CATEGORIA: PARTIC - COR. PREDOMINANTE: BRANCA

COTA INSCA: IEVA 2016 QUITADO - VENC. DATA UN. A: ***** - VENC. DATA B: *****

PARA IEVA: 1 - PARCELAMENTO/COTAS: 2 - ***** - 3: *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 - OF. INE: 00000000 - PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 - DATA DE PAGAMENTO: 16/09/16

SEGURO: PAGO

OBSERVAÇÕES:

SEM RESERVA

LOCAL: CORRETAMA-PE - DATA: 16/09/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

VEICULO: 012564484443 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE ROBELIO DE SOUSA

ESTA É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO VERDE
15 CONDIÇÕES GERAM DE CONSENTIR

www.dpvatseguradora.com.br
SAC DPVAT 0800 021 1204

CORRETAMA-PE - EXERCICIO: 2015 - DATA DO SEGURO: 16/09/16

VIA: 10099213112 - RPTC: ***** - PLACA: OYR0876

RELAÇÃO: 10099213112 - MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB: 2014 - ANO HOM: 2014 - CHASSI: 9C2KCL650ER025815

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$): 00,00 - DATA DE PAGAMENTO: 16/09/16

QUOTA DO BILHETE (R\$): 00,00 - DATA DE QUITAÇÃO: 16/09/16

SEGURO: PAGO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

DETRAN-PE GUARDE O BILHETE DPVAT
Pelo NOME DO DETRAN-PE



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

- IDENTIFICAÇÃO

VITIMA GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

DATA DO ACIDENTE 21/03/2017 CPF DA VITIMA 042.889.384-02

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA ME MOURA DE A FERNANDES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANÁ ()

A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DOG BAPTISTA

Nº 330 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE SURUBIM UF DE CEP 55350-000

E-MAIL ADRIANA.MOURA@GMAIL.COM.BR TELEFONE (XX) 9700-1999

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATUA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018

Genie Seguradora S/A
Rua da Liberdade, 115 - Loja 5
Bairro da Liberdade - Centro
Cidade de São Paulo - SP - CEP 05011-000

- DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RECUPERAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

- INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE

4830389550106

NOME

Adriana Moura de A. Fernandes

ASSINATURA

Adriana Moura de A. Fernandes

ASSINATURA

Adriana Moura de A. Fernandes

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180144184 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/03/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180144184 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/03/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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



PROCURAÇÃO:

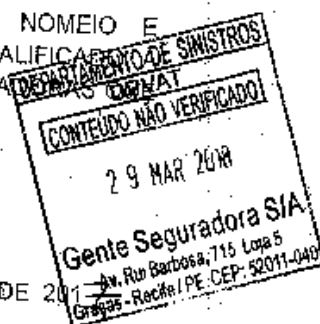
OUTORGANTE

NOME-	GENILDO GEMVAL DOS SANTOS
NACIONALIDADE-	BRASILEIRA
PROFISSÃO-	RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE-	6624622 SSP/PE
ENDEREÇO-	RUA SANTA AMARA, 44, COVAB, TORITAMA-PE

OUTORGADO

NOME-	ADRIANA MARIA MOURA DE ABRUVERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE-	BRASILEIRA
PROFISSÃO-	RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE-	4.810.389 SSP/PE
ENDEREÇO-	RUA JOÃO BATISTA, Nº 310, CENTRO, SURUBIMIA

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS DO CONSORCIO DE SEGURO OBRIGATORIO DPVAT.

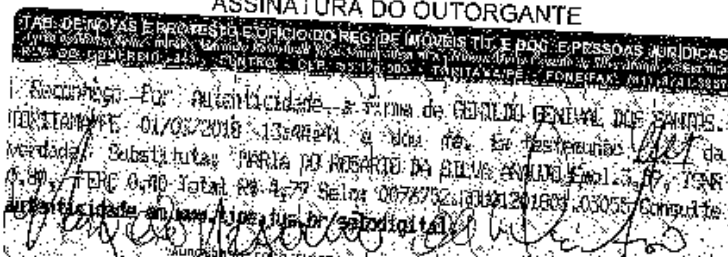


TORITAMA-PE - 14 DE MARÇO DE 2018

Cartão - 440
Toritama-PE
Reconheço

Genildo Gemval dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180144184

Vítima: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180144184**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12599691

Pag. 01045/01046 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180144184

Vítima: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180144184**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00685/00686 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12599728



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180144184

Vítima: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180144184**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00363/00364 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12785436



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180144184

Vítima: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180144184**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **17/03/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

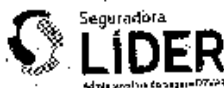
Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00247/00248 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13138452





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 721206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

042.389.384-02

Nome completo da vítima

GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

CPF titular da conta

042.389.384-02

Profissão

REC. INF

Endereço

RUA SANTA AMARA

Número

44

Complemento

CASA

Bairro

COUAB

Cidade

TORITAMA

Estado

PE

CEP

55125-000

E-mail

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, que a residência informada é verdadeira. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 15.000,00

☐ R\$ 15.001,00 ATÉ R\$ 20.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

CAIXA

Nº

404

AGÊNCIA

Nº

2551

DV

CONTA

Nº

3357

DV

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

TORITAMA/PE 28 de MARÇO de 2018

Local e Data

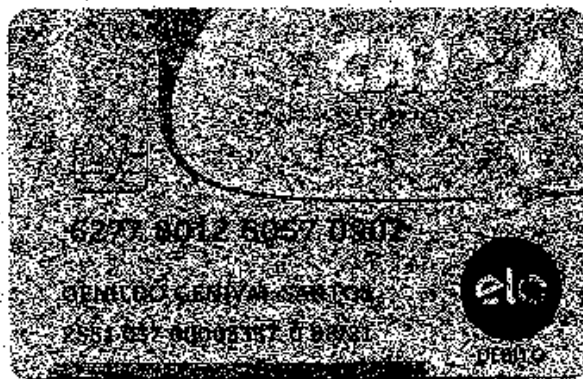
Genil do Genival dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SPPI-001 V001/2017







AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

3150144184

CPF da Vítima

04238938402

Nome completo da vítima

GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

CPF titular da conta

04238938402

Profissão

REC INF

Endereço

RUA SANTA AMARA

Número

44

Complemento

CASA

Bairro

CDHAB

Cidade

TORITAMA

Estado

PE

CEP

55125-000

E-mail

Telefone (DDD)

(81) 91613907

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

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

☐ BRANDESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (343)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (leia o texto)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

2551

5087

4

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

09-04-2018

Genildo Genival dos Santos

CPF: 04238938402

Assinatura do Beneficiário

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

TORITAMA PE 04 de MAIO

de 2018

Local e Data

Genildo Genival dos Santos

Campo 2 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE-001 V001/2017



0113021718



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 (800) 221206 (exclusão para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correção análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal poderá assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo "menor de idade" (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Nome do Sinistro ou Vítima: 2180144184 CPF da vítima: 04238938402 Nome completo do vítima: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS CPF titular da conta: 04238938402 Profissão: REC-IMP
Endereço: RUA SANTA AMARA Número: 114 Complemento: CASA
Estado: CE CEP: 55125-000 Telefone (DDD): (81) 96650454
Cidade: JOATANA Estado: PE

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ R\$ 0,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 15.000,00 ☐ R\$ 15.001,00 ATÉ R\$ 20.000,00 ☐ R\$ 20.001,00 ATÉ R\$ 30.000,00

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

☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 001 CV: 00 CONTA: 001 DDI: 00

I Informar digitos se existir

II Informar digitos se existir

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO: BRASCO HBC: 227

AGÊNCIA: 2295 DDI: 10 CONTA: 4723 DDI: 16

I Informar digitos se existir

II Informar digitos se existir

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

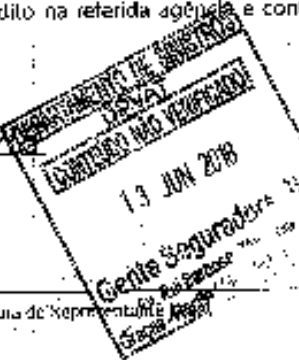
JOATANA PE 07 DE JUNHO

Local e Data

Genildo Genival dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPE/001 9/00/2017





432550

0113021/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0219000389

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/03/2018 às
18:17

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 17/3/2017 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE VERTENTES, 1. PE 90 - PROXIMO DA FABRICA DE CECO - Bairro: CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO /BRASIL**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTRO: (AUTOR / AGENTE)
GENILDO GENIVAL DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
GENILDO GENIVAL DOS SANTOS



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

GENILDO GENIVAL DOS SANTOS (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA HELENA DA CONCEIÇÃO Pai: GENIVAL IZIDIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 27/6/1977 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 94238931402 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Telefones Celulares:
- 01894444

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 1, RUA SANTA AMARA 44 COHAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO DA IGREJA CATOLICA**

OUTRO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GENILDO GENIVAL DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): GENILDO GENIVAL DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Boletim de Ocorrência

Distrito Policial / POLICIA CIVIL / Info. Pol. / 1ª Div. / 1ª Subdiv.

Placa: **OYR2876** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **902HC1959ER28215**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Complemento / Observação

RELATOU A VÍTIMA QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA CG 150 DE COR BRANCA DE PLACA OYR2876, NA PE 90 NAS PROXIMIDADES DA FABRICA DE SENO. QUANDO FOI SURPREENDIDO NA TRAVESSIA DE UM CACHORRO, E AO DESVIAR CAIU NA RIBANCEIRA, FOI SOCORRIDO PELA PESSOA DE ROBELIO PARA O HOSPITAL DE TORITAMA, SENDO LIBERADO. SENDO CIRURGIADO EM UM HOSPITAL DE CAMPINA GRANDE (ANTONIO TARGINO), A MOTOCICLETA ESTÁ EM NOME JOSE ROBELIO DE SOUZA.

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

Genildo Genival dos Santos
GENILDO GENIVAL DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **Rui Jose Medeiros Silva** - Matrícula: **381102-6**



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS CPF da Vítima: 042.389.384-02 Data do Acidente: 17/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS CPF do Representante legal: 042.389.384-02
E-mail: _____ Telefone (DDD): _____

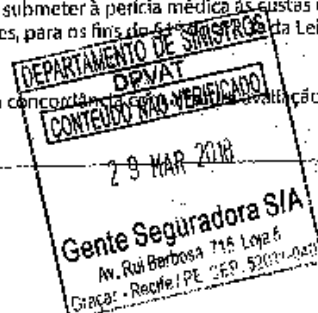
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



PORTAAL DE 28 de MARÇO de 2018

Local e Data

Genildo Genival dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAI.1.001 V001/2017



Toritama, 18 de Janeiro de 2017.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 005/2018

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **GENILDO GENIVAL DOS SANTOS**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **GENILDO GENIVAL DOS SANTOS** deu entrada nesta unidade como vítima de acidente como consta na ficha geral de emergência no registro nº 12.078, no dia 17/03/2017 foi atendido e em seguida sendo **LIBERADO**.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,


Mateus Emanuel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde



Av. João Manoel da Silva - Centro - Toritama - Pernambuco -
Telefone: 3741- 1192 - E-mail - admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

FICHA DE EMERGÊNCIA

Data: 17/03/17 Hora do Atendimento: 16:21 REG: 12.078

Nome: Genildo Amador dos Santos

Sexo: ☒ masc. () fem. Idade: 36 SUS: 898003486871597

Responsável/Parentesco: _____ Telefone: _____
(Para menores de idade)

END: R. Santa Amaro 10

Bairro: Polícia - Fátima

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Outros Data de Nascimento: 23/06/82

Filiação: Maria Alberta da Conceição

Profissão: _____ RG: _____

PA: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ HGT: _____ Peso: _____

Histórico da Doença Atual: Apresenta fratura - clavícula direita por 1º e 2º HAD (transferido pelo Hospital) e arrombado, não possui medula pontilhada

Exame Físico: Exame de arrombado no antebraço direito

Diagnóstico Provisório: Fratura da Clavícula

Conduta: Re traumatologia

Hora da Liberação do Paciente: _____

MÉDICO(CRM)

Av. João Manoel da Silva * Centro - Toritama - Pernambuco *
Telefone: 3741- 1192 • E-mail - AdmHospitalToritama@Gmail.Com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
 ALJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
 RECIFE, PERNAMBUCO
 CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
 Atendimento ao cliente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria 0800 282 5599
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
 de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

COSEN JOAO DOS SANTOS

CPF: 029.834.024-30

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA STA AMARA 44

CDHAB/TORITAMA

55125-000 TORITAMA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

20/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

85,37

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/03/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/03/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

008921217

CONTA CONTRATO

007023965920

Nº DO CLIENTE

2015165742

Nº DA INSTALAÇÃO

0003835413

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

FE58.C421.45C1.DAC7.356B.EC05.72F2.C9FA

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	108,00	0,68329185	73,82
Contribuição Municipalidade Pública			5,21
ICMS Subvenção-DOE-NF 001443050-1612/17			0,71
Multa por atraso-NF 001398860 - 12/01/18			1,29
Juros por atraso-NF 001398860 - 12/01/18			0,01
Atualização IGPM-NF 001398860 - 12/01/18			0,53
PRO-CRIANÇA-(081)3412-8900 0800 031 8989			5,00
TOTAL DA FATURA			85,37

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS		PIS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	%
73,82	25,00	18,45	0,02
COFINS		VALOR DO IMPOSTO	
73,82	3,81	2,80	

Continuamos o não pagamento de(s) conta(s) de energia elétrica(s):

Vencido	DI Receiv	Valor
000018	150000	25,16

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer inclusão nos registros de restrição do crédito do SPD e SPDS, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores, com cobrança por cobrança, e os débitos em discussão judicial que poderão estar cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo (kWh)	0,4803006	MAR 10	106
		FEV 18	107
		JAN 18	82
		DEZ 17	113
		NOV 17	30
		DUF 17	30
		SET 17	123
		AGO 17	125
		JUL 17	140
		JUN 17	163
		MAY 17	122
		ABR 17	99
		MAR 17	114

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Gerção de Energia	23,21 27,36
Transmissão	2,13 2,89
Distribuição (Celpe)	17,62 20,67
Energias Alternativas	3,84 4,99
Tributos	21,83 25,70
TOTAL	73,82 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO INDICADOR	TIPO DA FAZENDA	ANTERIOR	ATUAL	DATA	LEITURA	VALOR
00000000100502081	CAT	05-02-2018	1477,00	10-03-2018	1406,00	71,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APONADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
DIS-Fluxo de Energia	0,00	0,31	10,62	21,23	
DIS-Fluxo de Energia	0,00	1,39	8,60	15,00	
DIS-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	1,03	0,00	0,05	

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 10/04/2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível da tensão de fornecimento.
 Pagto. em atraso gera multa 2% (Res. 414/ANEEL), Juros 15% a.m. (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
 Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrada a cota de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
 O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art. 7º REN 581/13.
 Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
	MÍNIMO MÁXIMO
220	202 231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTINATÁRIO

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO
007023965920	03/2018	85,37	20/03/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
 Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838500000008 853700110072 023965920100 115462967632



28/03/2018 10:06



União Social de Empresas S/A - Criação pela Lei 10.438, de 24/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Rde Vitor, Recife, Pernambuco - CEP 50040-000
CNPJ 16.233.682/0001-00 | Insc. Est. 0200438-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE COMUNITÁRIA
RUA JOÃO BATISTA, 570

CPF: 945.264.444-04

CENTRO S. S. R. B. M.
SURIJAM PE
05750-100

CLASSIFICAÇÃO

31 RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

Monofase

PROCONOMETRA

CRT/86886

UNICA

DECEDEC

APRESENTAÇÃO

7/03/2010

201113308

8/2006



Consumo Abon(IA)
Contribuição Iluminação Pública
CWS Abon(IA) COTE Nº 00048835-08/12/17

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
103,0000000	0,89353145	110,74
		18,81
		1,34

TOTAL DA FATURA

131,89

Nº DO MEDIDOR	TIP. DA MEDIÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE CONSUMO	CONSUMO (KWH)
103916	CAT	03/10/2016	2315700	06/02/17	2315710	30	10,00

PERÍODO DE FATURAMENTO	VALOR DO CONSUMO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO DESPESA	VALOR DO TOTAL
MAR 16 100	110,74	1,34	0,00	112,08
ABR 16 172	110,74	1,34	0,00	112,08
MAY 16 172	110,74	1,34	0,00	112,08
JUN 16 172	110,74	1,34	0,00	112,08
JUL 16 172	110,74	1,34	0,00	112,08
AUG 16 172	110,74	1,34	0,00	112,08
SET 16 172	110,74	1,34	0,00	112,08
OCT 16 172	110,74	1,34	0,00	112,08
NOV 16 172	110,74	1,34	0,00	112,08
DEZ 16 172	110,74	1,34	0,00	112,08
JAN 17 172	110,74	1,34	0,00	112,08
FEB 17 172	110,74	1,34	0,00	112,08
MAR 17 172	110,74	1,34	0,00	112,08

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/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 COAF².

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

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

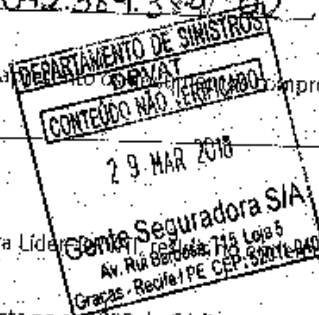
Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE A. FERREIRA (a) no CPF 945.234.444 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GENILDO GENIVAL DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.389.384 / 02 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima GENILDO GENIVAL DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.389.384 / 02 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e a documentação comprobatória:

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins da prova de residência junto a Seguradora Líder, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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



Endereço		Número	Complemento
RUA JOÃO BATISTA		370	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SURUBIM	PE	55750-000
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR		(81) 9700-1998	(81) 9161-3907

SURUBIM/PE, 28 de MARÇO de 2018
Local e Data

Adriana M. M. de A. Ferreira
Assinatura do Declarante

1001/2017



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

EU, JOSE ROSELIO DE SOUZA

RG Nº 6296.773, data de expedição 07/04/2012, órgão SDS/PE

Portador do CPF nº 834.466.214-15, com domicílio na cidade de TORITAMA, no estado de PERNAMBUCO, onde resido Na (rua/avenida/estrada) RUA STZ AMARA, nº 44,

Complemento CASA, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com vítima GENILDO GENIVAL DOS SANTOS, cujo o condutor era GENILDO GENIVAL DOS SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA ICG 150 TITAN ESD

Ano: 2014

Placa: OVR 8876

Chassi: 9C2KC1650ER025515

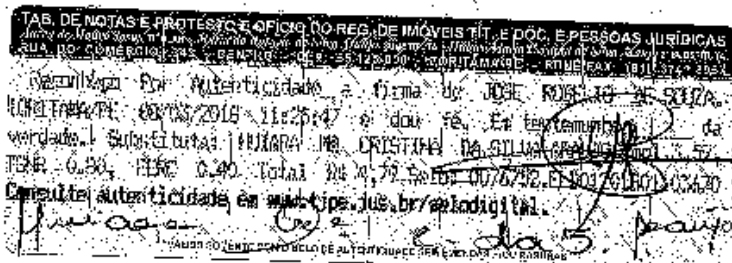
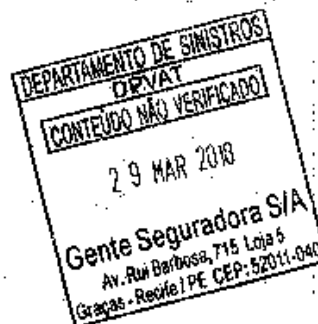
Data do Acidente:

Local e Data: Porto Rico, 08/02/18

Assinatura do declarante

Genildo Genival dos Santos

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



Cartório Único - Toritama-PE
R. do Comércio, 345 - Bairro - Ribeirão PE
Curia de Moura Jesus
Tabelião
João Rosário da Silva Araújo
ou Substituto
Genildo Genival dos Santos





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente Sr (a) **Genildo Genival dos Santos**, Esteve Internado Nesta Unidade Hospitalar no período do dia, 17/03/2017 e Assinou termo de responsabilidade em 17/03/2017. Registro: 294802. OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru 21 de Junho de 2017

Alexandro da Silva Araújo
Alexandro da Silva Araújo
Setor de Arquivo - SAME do HRA
Matricula: 12450
Setor de Arquivo (SAME)

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
E SIMULADO
CONTROLE DE QUALIDADE
29 MAR 2018

Coordenadora SIA
BR 715 Loja 5
08/03/2018

975102002
FUSAM - Hospital Regional
do Agreste
BR 232, Km 130
Ingenharia - PE 55000-000
Caruaru - PE



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 307516

Prontuário: 284802

Nome: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS

Data Nasc: 27/03/1982

Idade: 34

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDAS

Religião:

CPF: 04258938402

RG: 6624622

CNS: 898003486371597

Endereço: RUA SANTO AMARO

Cidade: COHAD

Cidade: TORITAMA

Nº: 44

Estado: PE

CEP: 55125000

Fone: 981452283

Profissão: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

Nome da Mãe: MARIA HELENA DA CONCEICAO

acompanhante

Modo de Atendimento: ATT. EM MOTOCICLETA

Clínica: ORTODONTIA TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO

Data: 03/2017 11:16

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico:

PA: 120/80

FC: 70

Diagn. Provisório:

Prescrição:

Dieta:

Data:

Horário:



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

Formo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente

() Família

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente, de seu nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: Simões, Emanuel da Silva

RG:

Endereço: R. São Bento, 100, Centro, São José do Agreste, PE

Tel:

Data: 17/03/2017

Assinatura: Simões, Emanuel da Silva

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente

() Família

Nome:

RG:

Endereço:

Tel:

Procedimento:

Ass. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadisse

() Termo de Alta

() Transferência:

() Internamento

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Instável () Óbito

Data:

Hora:

Médico:

2017 11:16:59 AM

2 de 2

Usuário do Atendimento

SIMÕES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Assinatura
29 MAR 2017
Gente Serradora S/A
R. P. 115, Lote 1
Grav. Recife/PE CEP: 52010-000



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: GENILDO GENIVAL DOS SANTOS
Data Nascimento: 27/06/1982 Idade: 34 Anos, 8 Meses e 18 Dias
Sexo: Masculino

Atendimento: 00952970
Prontuário: 00405063

História Atual:

Paciente refere dor em região de ombro D após trauma

Exame Físico:

Dor + edema

Exames Complementares Solicitados:

RX

Hipóteses Diagnósticas:

LAC ombro D

Conduta:

transferência ao HRA + Imobilização

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO:

☐ SIM ☒ NÃO

Transferido / Encaminhado para:

43 - TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Medicamento:

RX

Data: 17 DE MARÇO DE 2017
Hora: 10:47



Ass. e CRM do Médico
Dr(a): THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES
CRM - 18568

Av. José Marques Fontes, S/N
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP: 55028-630

9

For the first time, the

1340A 2nd Avenue
5-10-12 EAGLE AND GARFIELD
Hillside Apartment
4444 EAGLE AND GARFIELD

Հայկո՝

§ 251.5(c)

of 2017
of the Board of Directors

ಪ್ರಾಚೀನ ಕಾಲದಿಂದಲೂ ಇಲ್ಲಿನ ಜನರು ಬೇಟೆ ಮತ್ತು ಮತ್ಸ್ಯರಸಾಯನವನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರು.

RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 20/03/2017

*Sociedad de Fomento
Cultural Graniva Dos Rios*

23.150

Número do documento: 20052913264012200000061578438

037184

PACIENTE: Amelito Giovanni del Soc. 13

Don't send a camera - cost too
to get a camera.

Pacific

DATE 20 03 2017 TIME 11:00 AM FROM DASH 23433 AT 224900

CIRURGIAO Dr. Godofredo

Appendix

ANESTESISTA: DR. J. J. J. J.

GROUPING 2-3

27 ~~28~~ 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 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

FECHA DE RECIBO: 18 de mayo de 1988

02/01/2018 13:01

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1890	AGUA DESSILADA	06
1891	KANTIDINA	
2010	ATROPINA	
2014	DIPTRONA	02
2018	PROTERRAL	
2021	MYOCLAMPAMINA	
1911	EPIDURA	
0304	GALAMBINA	
3004	DELA METASTRONA	01
3002	HEPARINA	
1929	ARASIN	
1929	AMOXICILINA	
2993	TRAMASAMIN	
2983	MASSORON	01
2982	TOLATE 100mg	01
5889	HEBOCORTISONA	
5329	CHAMBERG	
5328	EUCOSMIDA	
4654	CREALOTINA 10	02
70218	QUINCLIN	01
1979	ADRENALINA	
5672	OCANINA	
3053	CLORATO DE SODIO	
1910	CLORATO DE POTASSIO	
2648	GLUCOSE 5%	
1107	CEFTIAZOLINA	
26134	SOLU-MORCEL 500mg	
1202	BICARBONATO DE SODIO	
3054	CLORATO DE CALCIO	
401703	TOBALIN	
4855	DELA DENACOLONICO	
COD.	PSICOTROPICOS	QUANT.
26216	THIAMIN	
26870	MEPHARMITAC	
2685	CHAMPAN 100mg	
2014	DIMORF 100mg	
3018	DIMORF 100mg	
2092	TOPIASTINA	
2605	HIGENTAL	
2655	DOXAPAC	
9962	EFALAR	
00153	ALPENTANIL	
COD.	ANESTESICOS	QUANT.
12613	NOVIBON	
2215	NOVIBON	
26031	PROTICOL	02
4512	CEFLAND	04
2614	TRACIP	
0031	HALOVARAO	
20172	NOVARAO	
2700	ISOLURAO	
2750	TIOPENTAL	
2750	NEOVARAO 0.5% 500	
2050	NEOVARAO 0.5% 500	

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
0921	DIODACINACELIA	
2170	LIBOVARAO 2% 50	01
2181	DIODACINACELIA	02
1906	DIODACINACELIA	
COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181	DIODACINACELIA	
1906	DIODACINACELIA	
2011	ACETILACETIN	
2170	DIODACINACELIA	
2181</		



BOLETIM DE ANESTESIA

NOME: SEBASTIÃO CORREIA DE SOUZA CIRURGIA

CONVENIO: PRACATA UNIDADE: 34 SEXO: ☒ M ☐ F

NUMERO DA CARTA: 1800 DATA DE INTRACAO: 24/06/1982

SEXTO: 1800 DATA DE NASCIMENTO: 24/06/1982

DIAGNOSTICO: Pré-Operatório para Hernia Abdominal

1º Equipe: Chirurgia (Correção) 2º Equipe: Anestesia (Correção)

Equipe de Anestesia: Fernando

Pré-Operatório: 7h47 Cirurgião: 150

Local: 34

Equipamento: 34

Medicamentos: 34

Observações: 34

Assinatura: 34

Assinatura: 34

Assinatura: 34

Assinatura: 34

Assinatura: 34

Assinatura: 34

Assinatura: 34

Assinatura: 34

Assinatura: 34

Assinatura: 34

Assinatura: 34

Assinatura: 34

Assinatura: 34

Assinatura: 34

Assinatura: 34

DEPARTAMENTO DE SIMULACOS
DE VAY
CONTEUDO NAO VERIFICADO
10 JUL 2018
Genta Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/05/2020 13:26:40
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052913264012200000061578438>
 Número do documento: 20052913264012200000061578438



HOSPITAL

NOME

Genésio Genival

DATA

10 JUL 2018

USUÁRIO

ASSINADO

DATA

10 JUL 2018

ASSINADO

DATA

10 JUL 2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIAGNÓSTICO

SEXO

ARMEDICAMENTO

UNIDADE

CONDIÇÃO

20/03/17

Dr. R.C.

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110

Presc. 110



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/05/2020 13:26:40
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052913264012200000061578438>
 Número do documento: 20052913264012200000061578438

PACIENTE: Guilherme Junior dos Santos
 Nº DO PRONTUÁRIO: 10.311 ENFERMARIA: 10 LEITO: 10
 OPERADOR: Colombo
 1ª AUXILIAR: 2ª AUXILIAR:
 3ª AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
 ANESTESISTA: TIPO DE ANESTESIA: Med. + Geral
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do braço
 TIPO DE OPERAÇÃO: Pl. Cir. FRA. braço
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Linha neurológica
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:
 EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIOLÊNCIA FÍSICA E PSÍQUICA - LIGADURA DE TENDÃO - MÚLTIPLO - VÍCIOS

- ① ponto de acesso
- ② incisão e lavagem
- ③ exatidão da cura
- ④ retirada do braço
- ⑤ suavizar e limpar
- ⑥ fechar



Dr.
CRM 188.242 - 191.342
ORTOPED





HOSPITAL
ANTÔNIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Guilherme Antônio de S. Mello ID: 123456789

DATA: 29/05/2020 HORA: 13:26

DATA:

DATA:

YAMU

YAMU

YAMU

YAMU

Great constant surveillance at home
in the morning and afternoon
in the morning and afternoon
in the morning and afternoon



023185 GENILDO GENIVAL DOS SANTOS M

20.03.2017

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

DEPARTAMENTO DE
CIVIL
CONTENDO NÃO VERIFICADO
10 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grande - Recife PE CEP: 52011-040

