



Número: **0000060-29.2020.8.17.2780**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **20/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
M. J. D. S. (AUTOR)		VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63889 966	25/06/2020 14:31	2728940_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



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

PROCESSO: 00000602920208172780

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA JACIELMA 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 **16/09/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 21/08/2019.

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

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.

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



INSTA SALIENTAR A AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE O SUPOSTO ACIDENTE E AS LESOES APRESENTADAS PELA PARTE AUTORA TENDO EM VISTA QUE O BOLETIM DE Ocorrência É DECLARATÓRIO, SEM TESTEMUNHAS E O BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO ANEXADO AOS AUTOS NÃO ATESTA QUE AS LESOES TENHAM DECORRIDO DO NARRADO ACIDENTE.

TAMBÉM CUMPRE MENCIONAR QUE O ÚNICO DOCUMENTO QUE MENCIONA ACIDENTE DE TRANSITO TRATA-SE DE UMA DECLARAÇÃO EMITIDA EM 02/07/2019 PELO DIRETOR ADMINISTRATIVO DO HCFR - HOSPITAL CLOTILDES DE FONTE RANGEL, PORÉM NÃO RESTA NENHUM OUTRO DOCUMENTO QUE COMPROVE O ATENDIMENTO NESTA UNIDADE.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA 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 21/08/2019 após 11 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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;



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 16/09/2018, 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.

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

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

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

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

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

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

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

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



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

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

COMPULSANDO OS DOCUMENTOS APRESENTADOS PELA PARTE AUTORA, PODEMOS OBSERVAR QUE O BOLETIM DE Ocorrência É DECLARATÓRIO, SEM TESTEMUNHAS E QUE O BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO ANEXADO AOS AUTOS NÃO ATESTA QUE AS LESÕES TENHAM DECORRIDO DO NARRADO ACIDENTE.

TAMBÉM CUMPRE MENCIONAR QUE O ÚNICO DOCUMENTO QUE MENCIONA ACIDENTE DE TRANSITO TRATA-SE DE UMA DECLARAÇÃO EMITIDA EM 02/07/2019 PELO DIRETOR ADMINISTRATIVO DO HCFR - HOSPITAL CLOTILDES DE FONTE RANGEL, PORÉM NÃO RESTA NENHUM OUTRO DOCUMENTO QUE COMPROVE O ATENDIMENTO NESTA UNIDADE.

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **16/09/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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 citação⁸.

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 ação⁹.

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.

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹art. 1º. (...)

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



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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

ITAPETIM, 17 de junho 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/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIA JACIELMA DOS SANTOS**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **ITAPETIM**, nos autos do Processo nº 00000602920208172780.

Rio de Janeiro, 17 de junho 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: **0000060-29.2020.8.17.2780**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **20/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
M. J. D. S. (AUTOR)		VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63889 967	25/06/2020 14:31	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190499508 **Cidade:** Santa Terezinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.7)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190499508 **Cidade:** Santa Terezinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.7)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 DIREITO.

**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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE: 3190499508 3 - CPF da vítima: 332916354-00 4 - Nome completo da vítima: MARIA JACQUEMA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIA JACQUEMA DOS SANTOS 6 - CPF: 332916354-00
7 - Profissão: PEWISTA 8 - Endereço: SÍTIO VIDEO 9 - Número: 263 10 - Complemento: CADA
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: BRASILHMO 13 - Estado: PE 14 - CER: 56740-000
15 - E-mail: JOTANIO DPVAT@GMAIL.COM 16 - Tel (DDD): (83) 9131-7273

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3296 CONTA: 9862130935 AGÊNCIA: CONTA:

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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vel nascido)? ☐ 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SANTA TEREZINHA-PE, 17/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019

17 SET 2019

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: MARIA JACIELMA DOS SANTOS, CPF 132.916.354-00 e RG 10.236.508, Órgão emissor SDS-PE, Est. Civil RECUJO, profissão RECUJO, Endereço SITIO VIDEO, 263 bairro AREA RURAL cidade de BREZINHO - PE, CEP nº 56740-000.

OUTORGADO: JOSÉ OTACILIO BATISTA DE LIMA, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG 7092913 SDS/PE e CPF nº 081.886.574-17, Endereço Rua Antônio Barreto, 41, Bairro Monte Castelo, cidade de Patos-PB. CEP 58707-180, contato (83)9.9131-7273/9.9142-2322.

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório- DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

VÍTIMA: MARIA JACIELMA DOS SANTOS, CPF: 132.916.354-00, data acidente 16 / 09 / 2018, cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ☐ DAMS ☐ Morte

Local e data: Santa Terezinha, 17/07/2019

Maria Jacielma dos Santos
OUTORGANTE
* João Evangelista dos Santos

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SANTA TEREZINHA

Titular: HUGO ARAÚJO MONTEIRO
Telefone: (87) 3859-1395

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA JACIELMA DOS SANTOS. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ. SANTA TEREZINHA/PE, 17/07/2019. EMOLUMENTOS: R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,60 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91. 0139897.ZQY07201902.00051

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Cartório Registral e Notarial
de Santa Terezinha - PE

Dr. Hugo Araújo Monteiro
Tabelião e Registrador

Rua Profeta Afonso Ferreira Neto, Nº 112, Centro
Santa Terezinha - PE - CEP: 56.750-000

26 AGO. 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293793/19

Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

CPF: 132.916.354-00

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 16/09/2018

Titular do CPF: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA : 081.886.574-17

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

MARIA JACIELMA DOS SANTOS : 132.916.354-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/08/2019
Nome: MARIA JACIELMA DOS SANTOS
CPF: 132.916.354-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MARIA JACIELMA DOS SANTOS

MANOEL COELHO NETO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293793/19

Número do Sinistro: 3190499508

Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

CPF: 132.916.354-00

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 16/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/08/2019
Nome: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA
CPF: 081.886.574-17

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

MANOEL COELHO NETO





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, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190499508 Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA JACIELMA DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.
------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01857/01858 - carta_03 - INVALIDEZ

00010929



Carta nº 14743340





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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190499508

Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JACIELMA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o 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: **MARIA JACIELMA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001296**

Conta: **000986217093-5**

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





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, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190499508

Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JACIELMA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14913059

Pag. 00337/00338 - carta_01 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

332916354-00

MARIA JACQUEMA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIA JACQUEMA DOS SANTOS 6 - CPF: 332916354-00
7 - Profissão: REUZO 8 - Endereço: SÍTIO VIDEO 9 - Número: 263 10 - Complemento: (N/A)
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: BREDIUNHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56740-000
15 - E-mail: JOTACILIO.DPVAT@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (83) 9131-7273

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:
☒ RECUZO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3296 CONTA: 9862170935 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (nasceres)? ☐ 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.

34

Assinatura
digital do
segurado
ou seu representante legal

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA TEREZINHA-PE, 17/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

L V002/2019

26 AGO. 2019





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 172ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA TEREZINHA
- DP172ªCIRC DINTER2/20ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0262000361

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/08/2019 às 18:03

ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos

(Consumado) que aconteceu no dia 16/9/2018 às 13:00

Natureza Jurídica: REGISTRO PARA SEGURO DPVAT

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SANTA TEREZINHA, 01, SITIO

LAGOA DE MISAEL - Bairro: CENTRO - SANTA

TEREZINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)

GENEILSON SOUZA SILVA (OUTRO)

MARIA JACIELMA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

MARIA JACIELMA DOS SANTOS

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

MARIA JACIELMA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:

ANGELITA ALVES DE SOUZA SILVA Pai: GENECI NUNES DA SILVA Data de

Nascimento: 9/7/2002 Naturalidade: SANTA TEREZINHA / PERNAMBUCO /

BRASIL Documentos: 10216508/SDS/PE (RG), 13291635400 (CPF) Estado Civil:

AMASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão:

AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:

- 12997128992

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJINHO, 01, SITIO VIDEO - CEP: 55000-

000 - Bairro: CENTRO - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO

INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SANTA TEREZINHA, 01 - CEP: 567500000 -

Bairro: CENTRO - SANTA TEREZINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

26 AGO. 2019



GENEILSON SOUZA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
ANGELITA ALVES DE SOUZA SILVA Pai: GENECI NUNES DA SILVA Data de
Nascimento: 15/10/1996 Naturalidade: IMACULADA / PARAIBA / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJINHO, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro:
CENTRO - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

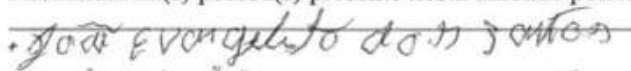
Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GENEILSON SOUZA
SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA JACIELMA DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX Objeto
apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: NXV9800 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 228848644
Chassi: 9C2KC1610AR050822
Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

QUE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL A SENHORA
MARIA JACIELMA DOS SANTOS PARA NOTICIAR QUE FOI VITIMA DE
ACIDENTE DE TRANSITO NA CIDADE DE SANTA TEREZINHA-PE NO DIA
16/09/2018. QUE IA CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA HONDA CG150,
VERMELHA, PLACA NXV9800, NO SENTIDO SANTA TEREZINHA PARA
BREJINHO, NO SITIO LAGOA DE MISAEL, ONDE PERDEU O EQUILIBRIO
CAINDO AO CHÃO. QUE POPULARES SOCORRERAM-NA E A LEVARAM
PARA O HOSPITAL CLOTILDES DE FONTE RANGEL, NA CIDADE DE
BREJINHO, APRESENTANDO SEGUNDO DECLARAÇÃO DESTE HOPITAL
FRATURA EM MEMRBO INFERIOR DIREITO, LOGO EM SEGUIDA SENDO
CONDIZIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL HEMILIA CAMARA DE
AFOGADOS DA INGAZEIRA, CONFIRMADA A FRATURA FOI CONDUZIDA
PARA O HOSPITAL SÃO VICENTE NA CIDADE DE SERRA TALHADA PARA
FAZER O PROCEDIMENTO CIRURGICO.

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


MARIA JACIELMA DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUAN ALVES VIEIRA - Matrícula: 3875431



26 AGO. 2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

332916354-00

MARIA JACIELMA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIA JACIELMA DOS SANTOS 6 - CPF: 332916354-00
7 - Profissão: REUZO 8 - Endereço: SÍTIO VIDEO 9 - Número: 263 10 - Complemento: (N/A)
11 - Bairro: AREA RURAL 12 - Cidade: BREDINHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56740-000
15 - E-mail: JOTACILIO.DPVAT@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (83) 9131-7273

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:
☒ RECUZO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3296 CONTA: 9862170935 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (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.

34

Assinatura
digital do
segurado
ou seu representante legal

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA TEREZINHA-PE, 17/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

L V002/2019

26 AGO. 2019





HCFR
HOSPITAL CLOTILDES DE FONTE RANGEL
MANTIDO PELA Associação e Proteção à Maternidade e à Infância de Brejinho-PE.
Rua: 20 de Dezembro, S/N- Centro Brejinho-PE.
FONE: 087-3850-1291

DECLARAÇÃO

Eu, Maurício Cristian Santos Leite, brasileiro, natural de Brejinho – PE, portador do RG.: 8258144 **DECLARO**, para os devidos fins de direito, que a senhora Maria Jacielma dos Santos deu entrada nesta unidade hospitalar – Hospital Clotildes de Fonte Rangel – às 13h40min do dia 16/09/2018, vítima de acidente motociclistico, e apresentava, à época, fratura em membro inferior direito. Depois de avaliada na unidade, a mesma foi encaminhada ao hospital regional Emília Câmara, em Afogados da Ingazeira - PE.

Por ser verdade, firmo o presente para que surte seus efeitos legais.

Brejinho, 02 de julho de 2019.

Maurício Cristian Santos Leite
Diretor Administrativo
CPF: 099.042.034-58

Assinatura do Responsável

26 AGO. 2019



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS		Unidade: H.R.E.C/HART SUS 898004040499737		Data: 16.09.18	
PACIENTE	Nome: Maria Jacilma dos Santos				Nº da Ocorrência: 67
	Residência: Sítio Vidul - Brejinho - PE				Telefone: 991027487
RESPONSÁVEL	Nome: Maria Irene de Jesus Santos (Mãe)				NOTIFICADO
	Residência: _____				
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE
☐ SEGURADO ☐ ESPOSA ☐ FILHO ☐ OUTROS		estudante	☒ MASC. ☐ FEM.	09/07/2002	☒ BRASILEIRO ☐ ESTRANGEIRO UF: PE
					DOCUMENTO DE IDENTIDADE
					NÚMERO: 10216508
					ÓRGÃO EMISSOR: SDS/PE
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO	
☐ ANDANDO ☐ DE AUTO ☐ AMBULÂNCIA ☐ OUTROS		SAÍDA	CHEGADA 15:25	☐ ACIDENTE DE TRABALHO ☐ CASO POLICIAL	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		
MÁX.: MIN.:			AXILAR: RENAL:		
Exames Complementares					
R + da coxa D. Confere com o exame físico					
Tratamento					
- Tola coxa - produtivo D. - SF - 0,9% - 1000ml - Hiposm - 1mg - Febatil 1mg					
16:20 IV. 1200mg PE					
Destino Dado ao Paciente			Impressão Diagnóstica		
☒ Residência ☐ Internado Encaminhado Removido			Fratura da aláfere do fêmur D.		
Óbito às _____ H _____ Min. do Dia _____ Encaminhado ao IML ()			Licença Concedida Dr. Francisco E. Melo Jr. Ortopedia e Traumatologia CRM - PE 15340 ORTOT. 11.923		

26 AGO. 2019

Encaminhamento para Especialista

Unidade de Origem: Hospital Regional Exato Cômoro.

Paciente: Maria Jacelma dos Santos, 76 anos.

Registro:

Dados Clínicos: Paciente sofreu trauma na coxa D, com dor, edema e deformidade.

Exames Complementares / Resultados:

Rx da coxa D.

Hipótese Diagnóstica: Fratura distal do fêmur D.

Conduta Adotada: Transferência para cirurgia.

Justificativa do Encaminhamento: Não disponibilidade de estrutura.

Encaminhamento Para: Ortopedista

Agosto 3, 16/09/18

Data

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 15.340

Nome CRM

Unidade de Especialista:

Exames Clínicos:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

Local: Na Unidade de Origem ☐
Na Unidade de Referência ☐
Outro Serviço ☐

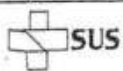
Nome CRM

Data

Legrafica (07) 9917-1962 / 9635-7820

26 AGO. 2019





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital São Vicente
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
Hospital São Vicente

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE
Maria Isobelina dos Santos
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8980040410499737

8 - DATA DE NASCIMENTO
09/07/2002

9 - SEXO
Masculino ☒ 1 Feminino ☒ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE
Maria Irene de Jesus Santos

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD **817** **999080032**

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
Sítio Vidua, 214

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Brasília

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

71656740000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fosforilase deficiente M1D, deficiência de glicose 7, deficiência de glicose 6 e deficiência de glicose 5 M1D

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

As provas de glicose

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Deficiência de glicose 7

24 - CID 10 PRINCIPAL

5723

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Estudo de caso

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

041051050519

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antonio Roberto de Freitas

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/11

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CPF DO SEGURADOR

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

15327221415 CRM: 8603

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

11/11

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

261350504038-6

12 26 AGO. 2019

18109 9 21109112



Imprimir Segunda Via de Conta

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente 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 MARIA IRENE DE JESUS SANTOS CPF: 052.303.394-03	DATA DE VENCIMENTO 14/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 26,11	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/08/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 07/08/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 072405193	CONTA CONTRATO 007000012488 Nº DO CLIENTE 2010021091 Nº DA INSTALAÇÃO 0000455291
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI VIDEO 263 PO O RURAL/AMBO 56749-000 BREJINHO PE		
CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO 986E.9468.F57B.CE6A.315A.3136.2CE1.10B5			

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	59,00	0,43561143	25,70
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,69
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,57
Multa por atraso-NF 068719898 - 08/07/19			0,61
Juros por atraso-NF 068719898 - 08/07/19			0,04
Atualização IGPM-NF 068719898 - 08/07/19			0,04
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98
Compensação DIC Trimestral 02/19			0,01-
Compensação DMIC 06/19			2,51-
TOTAL DA FATURA			26,11

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	26,96	0,74	0,19
			26,96	3,42	0,92

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,41749998	AGO 19	59
		JUL 19	52
		JUN 19	57
		MAI 19	59
		ABR 19	46
		MAR 19	61
		FEV 19	56
		JAN 19	51
		DEZ 18	62
		NOV 18	62
		OUT 18	75
		SET 18	56
		AGO 18	58

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
RS	%
Geração de Energia	12,65 46,93
Transmissão	1,27 4,71
Distribuição (Celpe)	7,70 28,56
Encargos Setoriais	1,81 6,71
Tributos	1,11 4,12
Perdas de Energia	2,42 8,98
TOTAL	26,96 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MG24460	CAT	08/07/2019	11.453,00	07/08/2019	11.512,00	30	1,00000	0,00	59,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jun/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	SAO JOSE DO EGITO	15,53	11,16	22,32	44,85
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,47	15,34	30,69
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		15,53	8,08	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,37					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmacia boa saúde: r. jose gomes centro / maria aparecida maciel marques: rua joao nunes 157

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pago, em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês

Isenção do ICMS conforme Art.9.XLVIII.d.do RICMS-PE.

Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 8,11.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007000012488	08/2019	26,11	14/08/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838900000005 261100110074 000012488100 140958050738



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

26 AGO. 2019

1/1

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 027.243.372



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO
RUA ANTONIO BARRETO 41
PATOS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/451385-9

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

28/06/2019

CONSUMO

44

VENCIMENTO

05/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 36,54

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/07/2019				
Pagador: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO CNPJ/CPF: 081.736.954-66				
RUA ANTONIO BARRETO 41 - MONTE CASTELO - PATOS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003286585	000451385201906	05/07/2019	R\$ 36,54	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

26 AGO. 2019



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 083886574 / 17, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
MARIA JACIELMA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 132916354 / 00,
do sinistro de DPVAT cobertura ANUVERZ da Vítima MARIA JACIELMA DOS SANTOS,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 132916354 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recusa informar

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

Endereço: <u>RUA ANTONIO BARNETO</u>	Número: <u>41</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Monte Castelo</u>	Cidade: <u>PATOS</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>JOACILIOBPVAT@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>58707-180</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 991317273</u>

Local e Data: PATOS-PB, 17 DE JULHO DE 2019.

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, GENEILSON SOUSA SILVA,
RG nº 9 472 070, data de expedição 30/04/2012
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 116.756.544-41,
com domicílio na cidade de BREJINHO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio VIDEO, nº 5N,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
MARIA JACIELMA DOS SANTOS, cujo o condutor era
MARIA JACIELMA DOS SANTOS.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CB 150 TITAN MIX RS Ano: 2010
Placa: NXU 9800 Chassi: 9C2KC1610AR050822
Data do Acidente: 16/09/2018.

Local e Data:

Santa Terezinha, 17/07/2019

X GENEILSON SOUSA SILVA

Assinatura do Declarante

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

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SANTA TEREZINHA
Titular: HUGO ARAÚJO MONTEIRO
Telefone: (87) 3859-1395

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GENEILSON SOUSA SILVA. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ. SANTA TEREZINHA/PE, 17/07/2019. EMOLUMENTOS: R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91/ 0159897.UPE07201902.00050

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



26 AGO. 2019





HCFR
HOSPITAL CLOTILDES DE FONTE RANGEL
MANTIDO PELA Associação e Proteção à Maternidade e à Infância de Brejinho-PE.
Rua: 20 de Dezembro, S/N- Centro Brejinho-PE.
FONE: 087-3850-1291

DECLARAÇÃO

Eu, Maurício Cristian Santos Leite, brasileiro, natural de Brejinho – PE, portador do RG.: 8258144 **DECLARO**, para os devidos fins de direito, que a senhora Maria Jacielma dos Santos deu entrada nesta unidade hospitalar – Hospital Clotildes de Fonte Rangel – às 13h40min do dia 16/09/2018, vítima de acidente motociclistico, e apresentava, à época, fratura em membro inferior direito. Depois de avaliada na unidade, a mesma foi encaminhada ao hospital regional Emília Câmara, em Afogados da Ingazeira - PE.

Por ser verdade, firmo o presente para que surte seus efeitos legais.

Brejinho, 02 de julho de 2019.

Maurício Cristian Santos Leite
Diretor Administrativo
CPF: 099.042.034-58

Assinatura do Responsável

26 AGO. 2019



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS		Unidade: H.R.E.C/HART SUS 898004040499737		Data: 16.09.18	
PACIENTE	Nome: Maria Jacilma dos Santos				Nº da Ocorrência: 67
	Residência: Sítio Vidul - Brejinho - PE				Telefone: 991027487
RESPONSÁVEL	Nome: Maria Irene de Jesus Santos (Mãe)				NOTIFICADO
	Residência: _____				
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE
☐ SEGURADO ☐ ESPOSA ☐ FILHO ☐ OUTROS		estudante	☒ MASC. ☐ FEM.	09/07/2002	☒ BRASILEIRO ☐ ESTRANGEIRO UF: PE
					DOCUMENTO DE IDENTIDADE
					NÚMERO: 10216508
					ÓRGÃO EMISSOR: SDS/PE
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO	
☐ ANDANDO ☐ DE AUTO ☐ AMBULÂNCIA ☐ OUTROS		SAÍDA	CHEGADA 15:25	☐ ACIDENTE DE TRABALHO ☐ CASO POLICIAL	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		
MÁX.: MIN.:			AXILAR: RENAL:		
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas					
Paciente sofreu trauma no membro superior direito, com dor, edema e deformidade do 1º, 2º e 3º.					
Exames Complementares					
RX do membro D. Confere com o laudo.					
Tratamento					
- Tala com gesso - SF 0.9% - 1000ml - Hiposm - 1mg - Febatil 1mg					
Destino Dado ao Paciente					
☒ Residência ☐ Internado Encaminhado Removido					
Impressão Diagnóstica					
Fratura da aláfia do fêmur D.					
Licença Concedida					
Dr. Francisco E. Melo Jr. Ortopedia e Traumatologia CRM 11.923					
Assinatura - Carimbo - CRM / CRO					
Lagrafica (87) 9917-1862/9635-7820					

26 AGO. 2019

Encaminhamento para Especialista

Unidade de Origem: Hospital Regional Exato Cômoro.

Paciente: Maria Jacelma dos Santos, 76 anos.

Registro:

Dados Clínicos: Paciente sofreu trauma no tornozelo, edema e dor no local.

Exames Complementares / Resultados:

Rx do tornozelo.

Hipótese Diagnóstica: Fratura distal do fêmur D.

Conduta Adotada: Transferência para cirurgia.

Justificativa do Encaminhamento: Não disponibilidade de estrutura.

Encaminhamento Para: Ortopedista

Agosto 3, 16/09/18

Data

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 15.380

Nome CRM

Unidade de Especialista:

Exames Clínicos:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

Local: Na Unidade de Origem ☐
Na Unidade de Referência ☐
Outro Serviço ☐

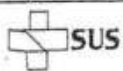
Nome CRM

Data

Legrafica (07) 9917-1962 / 9635-7820

26 AGO. 2019





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital São Vicente
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
Hospital São Vicente

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE
Maria Isabela dos Santos
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8980040410499737

8 - DATA DE NASCIMENTO
09/07/2002

9 - SEXO
Masculino ☒ 1 Feminino ☒ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE
Maria Irene de Jesus Santos

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD **817** **999080032**

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
Sítio Vidua, 214

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Brasília

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

71656740000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fosca, febre, tosse, MIO, defecção, perda de peso, náusea, depresso e Depressão funcional MIO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

As rotas de APE e Ref

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Depressão funcional

24 - CID 10 PRINCIPAL

5723

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Estresse

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

041051050519

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antonio Roberto de Freitas

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CPF DO SEGURADOR

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

261350504038-6

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

12

26 AGO. 2019

53 - CPF

54 - CRM

18109922109112

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

56 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

Médico Autorizador



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento		DATA DA SOLICITAÇÃO:
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA - AFOGADOS DA INGAZEIRA		17/09/18 07:48
MÉDICO SOLICITANTE: FRANCISCO ERLANDIO DE MELO JUNIOR		Nº SOLICITAÇÃO: 489193

Identificação do Paciente		Nº DO PRONTUÁRIO:
NOME DO PACIENTE: MARIA JACIELMA DOS SANTOS		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 898004040499737	DATA DE NASCIMENTO: 09/07/2002	SEXO: FEMININO
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA IRENE DE JESUS SANTOS		TELEFONE DE CONTATO: 8797128992
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): SÍTIO VIDEL, ZONA RURAL		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: PESQUEIRO	COD. IBGE MUNICÍPIO: 2401800,00	UF: PE
		CEP:

Dados sobre o Transporte		DATA DE EMISSÃO:
MEIO DE TRANSPORTE: AMBULÂNCIA		18/09/18 13:53
OBSERVAÇÃO:		
OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:		

Regulador	
MÉDICO REGULADOR: ADRIANO CAVALCANTE SAMPAIO	
TIPO LEITO: CIRURGICO	ESPECIALIDADE: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante		DATA DE AUTORIZAÇÃO:
ESTABELECIMENTO: CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA		18/09/18 12:55
MÉDICO AUTORIZADOR:		

Maria Jacielma dos Santos
COREN: 353116

26 AGO. 2019



Encaminhamento para Especialista

Unidade de Origem:	Hospital Regional Carlos Amora.		
Paciente:	Marta Jaceline da Silva, 16 anos.		
Registro:			
Dados Clínicos:	Paciente sofreu trauma na coxa D, com dor, edema e deformidade.		
Exames Complementares / Resultados:	RX da coxa D.		
Hipótese Diagnóstica:	Fratura distal do fêmur D.		
Conduta Adotada:	Transferência para cirurgia.		
Justificativa do Encaminhamento:	Não dispor de estrutura.		
Encaminhamento Para:	Ortopedista.		
	Assinatura	16/09/18	
	Data		
Unidade de Especialista:			
Exames Clínicos:			
Exames Complementares:			
Parecer do Especialista:			
Tratamento Proposto:			
Local:	Na Unidade de Origem	☐	
	Na Unidade de Referência	☐	
	Outro Serviço	☐	
	Nome	CRM	
			Data

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PE 15.940
SEOT 11.923

Nome CRM

Lap gráfica (87) 9917-1862 / 9635-7820

26 AGO. 2019





Hospital São Vicente

Data Atend: 18/09/2018	Atendimento: 0000594	Quarto/leito: 305 / B
Paciente: 00005339 - MARIA JACIELMA DOS SANTOS		
Cirurgia Realizado: OSTEOSINTESIS FEMUR ①	N. do Procedimento: 0408050519	
D: 19/09/18	Início:	Término
Cirurgião: PEDRO A.		
1º Auxiliar: ANDRÉ B.		
2º Auxiliar:		
Anestesista:		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: ① PETE EM ODM ② ABERTURA / ANTITRABECULA ③ ABERTURA CAMPO ESTERIL ④ INCISÃO LATERAL COXA ① ⑤ ABERTURA POR PLANOS ⑥ REDUÇÃO CEMENTA ⑦ FIXAÇÃO CI PARA DCF 4.5 ⑧ LAVO E DRENAGEM ⑨ SUTURA + CURATIVO		
		 Assinatura do Cirurgião

26 AGO. 2019





Hospital São Vicente

Data Atend: 18/09/2018		Atendimento: 0000594		Quarto/leito: 305 / 2	
Paciente: 00005339 - MARIA JACIELMA DOS SANTOS					
Data Nasc: 09/07/2002		Idade: 16 Anos		Sexo: Feminino	
Estado Civil: Solteiro		Profissão:		Naturalidade: SERRA TALHADA	
Nacionalidade: BRASILEIRO		Nome Mãe: MARIA IRENE DE JESUS SANTOS		Nome Pai:	
Endereço: SI VIDEO, 214		- ZONA RURAL		- BREJINHO - PE	
Telefones: (87) 9990.8007 / (87) 9999.99999 / ()					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Transito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Agressão ()		Causa ()		Casual ()	
Outros ()		Telefone de Contato: ()		Nome Acompanhante:	
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FISICO: <i>Doença pré-existente MID, debr. cicatrizado, pé direito com dor, ped. de dor no tornozelo e simpatoma funcional MID</i>					
Diagnostico Inicial: <i>Síndrome Infarto</i>					
SADT:					
Diagnostico Final:					
Condição de Alta		Motivo de Alta		Data do Internamento: <i>18/09/18</i>	
Melhorada ()		Descrição Médica ()		Data da Alta: <i>21/09/18</i>	
Inalterado ()		Alta a Pedido ()		Local: _____	
Piorando ()		Transferência ()		<i>Antonio Rodrigues de Freitas</i> CRM 7361 CPF: 958.552.003-25 Médico Responsável	
Obito + 48h ()		Evasão ()			
Obito - 48h ()		Indisciplina ()			
Obito em ____/____/____					
Hora: _____					

26 AGO. 2019





26 AGO. 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME
JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
7092913 SDS PE

CPF **DATA NASCIMENTO**
081.886.574-17 06/02/1989

FILIAÇÃO
JOSE VALERIANO DE LIMA
MARIA LUZINETE BATISTA DE LIMA

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
AB

Nº REGISTRO **VALIDADE** **1ª HABILITAÇÃO**
04295047969 09/02/2023 15/02/2008

OBSERVAÇÕES

Jose Otacilio Batista de Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **DATA EMISSÃO**
PATOS, PB 05/03/2018

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
ASSINATURA DO EMISSOR

41615542015
PB036270164

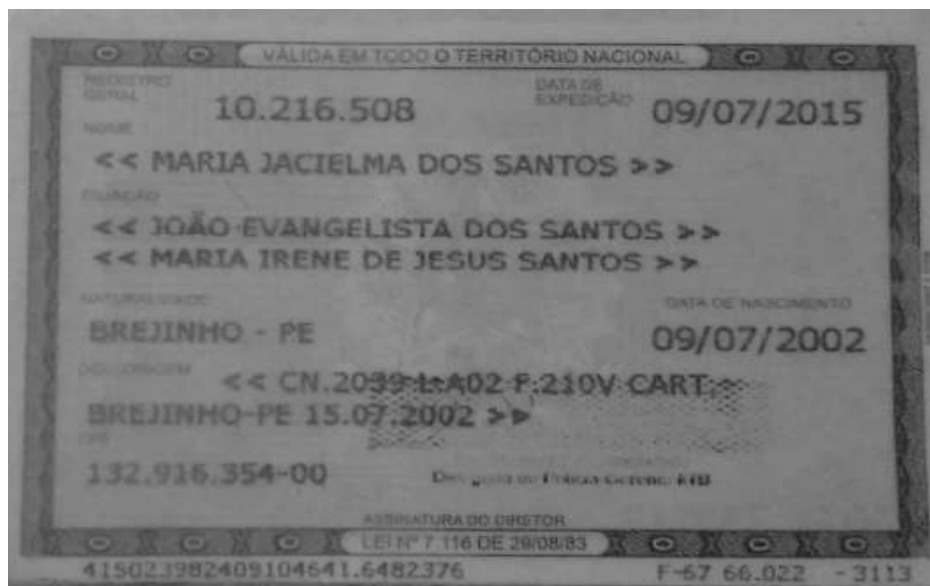
PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1638550962

PROIBIDO PLASTIFICAR
1638550962

26 AGO. 2019





28 AGO. 2019



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014800713940

VIA 1 DDD-RENAVAM 228848644 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME GENILSON SOUZA SILVA

BRASIL - PE PLACA HXV9900

CPF/CNPJ 116.756.544-11 CHASSI 7CZEC1610AB050822

PLACA ANT. UF ***** PE COMBUSTÍVEL ALCO/CASOL

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

MARCA/MODELO BOMBA/CG150 TITAN MIX KS CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

CAP. POT. OL 2P/149CL VENC. COTA UNICA 1* *****

COTA UNICA IPVA 2019 QUITADO 2* *****

FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO - COTAS 3* *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 80.43 DATA DE PAGAMENTO 09/02/19

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

HAG VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL BRASILEIRO

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

ROBERTO CARLOS MOREIRA FONSECA

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

DATA 20/02/19

26 AGO. 2019





26 AGO. 2019

