



Número: **0089433-17.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63889 971	25/06/2020 14:35	2729597_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

PROCESSO: 00894331720198172001

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 **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **23/04/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 17/10/2017.

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

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



Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

CUMPRE SALIENTAR A AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL HAJA VISTA QUE A PARTE AUTORA NÃO APRESENTA DOCUMENTOS MÉDICOS DA DATA DO SUPOSTO ACIDENTE E QUE O BOLETIM DE OCORRENCIA APRESENTADO FOI ELABORADO DE FORMA UNILATERAL PELA PRÓPRIA PARTE AUTORA, SEM A PRESENÇA DE TESTEMUNHAS.

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.

DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA

DA AUSÊNCIA DE PROCURAÇÃO ATUALIZADA NOS AUTOS

Verifica-se que o instrumento de mandato outorgado ao advogado da parte Autora, viola a regra esculpida no art. 104 do CPC, tendo em vista a ausência de procuração atualizada nos autos.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração válida não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

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;



Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

DA INÉPCIA DA INICIAL

DA AUSÊNCIA DO BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que não foi instruída com os documentos essenciais à propositura da ação.

O autor não acostou o boletim de primeiro atendimento médico, documento essencial para comprovar o nexo causal do acidente.

Não se pode olvidar acerca da existência de requisitos formais para o ajuizamento de qualquer demanda, os quais são tradicionalmente denominados na praxe forense de requisitos da petição inicial, estes elencados no art. 319 do Novo Código de Processo Civil, que pedimos escusas para transcrever, senão vejamos:

“Art. 319. A petição inicial indicará:

I - O juiz ou tribunal, a que é dirigida;

II - Os nomes, prenomes, estado civil, profissão, domicílio e residência do autor e do réu;

III - o fato e os fundamentos jurídicos do pedido;

IV - o pedido, com as suas especificações;

V - o valor da causa;

VI - as provas com que o autor pretende demonstrar a verdade dos fatos alegados;

VII - o requerimento para a citação do réu.”

Em prosseguimento, cumpre salientar o disposto no art. 330, I e parágrafo primeiro, Novo Código de Processo Civil, *ipsis literis*:

“Art. 330. A petição inicial será indeferida:

I - quando for inepta;

Parágrafo primeiro. Considera-se inepta a petição inicial quando

I – lhe faltar pedido ou causa de pedir;

II – o pedido for indeterminado, ressalvadas as hipóteses legais em que se permite o pedido genérico;

III – da narração dos fatos não decorrer logicamente a conclusão;

VI – conter pedidos incompatíveis (...).”

Merece destaque, portanto, o disposto no art. 485, I, do Código de Processo Civil. Vejamos:

“Art. 485. Extingue-se o processo, sem resolução de mérito:

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



I - quando o juiz indeferir a petição inicial; (...);”

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto a comprovada omissão do autor com relação aos fatos narrado e o fato desta não ter colacionado aos autos documentos exigíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

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 17/10/2017 após 06 MESES 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 23/04/2017, 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.

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.

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.

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\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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

⁵“APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, 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)



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

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

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

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

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

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

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

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria 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\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **23/04/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais).**

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).

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.



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.

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\$ 675,00 (SEISCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

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.

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

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

⁹ **art. 1º . (...)**

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



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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

RECIFE, 18 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 **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**, em curso perante a **14ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00894331720198172001.

Rio de Janeiro, 18 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





25/06/2020

Número: **0089433-17.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63889973	25/06/2020 14:35	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ayane Karla Guedes P. Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.847.614, 97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cláudio Sando de Liqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 770.084.564, 68, do sinistro de DPVAT cobertura Quilômetro da Vítima Cláudio Sando de Liqueira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 770.084.564, 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Virgílio Henrique</u>		Número <u>222</u>	Complemento <u>B</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Pimbauba</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55870-000</u>
Email <u>centralsegrecife@igmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>11</u> <u>998621.1213</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81)</u> <u>986931975</u>	

Reufe 05 de Novembro de 2018
Local e Data

Ayane Karla Guedes Pereira Silva
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017



Nome: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA **Nº registro:** 59109
Dt. Nasc.: 30/05/71 - 45 ano (s) **Sexo:** Masculino
Mãe: EROTILDES LEANDRO DE SIQUEIRA **Fone:** 81988005141
Endereço: TV EXPEDICIONÁRIO LAURENTINO NONATO, nº 239, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 28/04/2017 - 11:37 **Nº pág.:** 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

TRAUMA CONTUSO NO TNZ E NO PE DIR HA 05 DIAS

NEGA FEBRE

AO EXAME: EDEMA IMPORTANTE NO TNZ E NO PE DIR COM ESCORIAÇÃO NO

DORSO DO PE COM HIPEREMIA. ADM DO TNZ LIVRE

RX COM FRATURA DESVIADA DOS 3º E 4º MTD

CD: IMOBILIZAÇÃO, TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg Temperatura: °

HGT: mg/dL Sat O2: % FC: Bpm Peso: Altura:

CONDUTA :

Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO|

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5156649

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM:20583



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA, CRM: 20583, Data e Hora: 28/04/2017 11:47:25.

Rua Vale do Itajal, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594





Nome:	CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA	Nº registro:	59109
Dt. Nasc.:	30/05/71 - 45 ano (s)	Sexo:	Masculino
Mãe:	EROTILDES LEANDRO DE SIQUEIRA	Fone:	81988005141
Endereço:	TV EXPEDICIONÁRIO LAURENTINO NONATO, nº 239, COHAB, RECIFE - PE		
Data/hora:	28/04/2017 - 10:22	Nº pág.:	1/1

CONSULTA ORTOPÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S907 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS DO TORNOZELO E DO PÉ|

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

TRAUMA CONTUSO NO TNZ E NO PE DIR HA 05 DIAS

NEGA FEBRE

AO EXAME: EDEMA IMPORTANTE NO TNZ E NO PE DIR COM ESCORIAÇÃO NO DORSO DO PE COM

HIPEREMIA. ADM DO TNZ LIVRE

RX COM FRATURA DESVIADA DOS 3º E 4º MTD

CD: IMOBILIZAÇÃO, TRANSFERÊNCIA

Exame Físico:

Resultados de Exames:

Conduta:

Óbito: Não -

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM: 20583

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA, CRM: 20583. Data e Hora: 28/04/2017 11:40:43.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**, **prontuário nº 108.8504**, admitido neste hospital em 29/04/2017 com diagnóstico de Fratura dos Ossos do Pé Direito, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 03/05/2017.

Recife, 20 de Junho de 2017.


Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuário: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)
Data: 12/05/2017 / 09:44 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 4

LAUDO PE DIREITO AP/P

Exame para controle de tratamento cirurgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.112479





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Prontuário.: 1049736
Leito....: MEDICAÇÃO
Idade....:
Impresso: 17:26:24 imp : ALICE

Pedido.: 384071 384071
Data.....: 28/04/2017
Procedência.: EMERGENCIA

Exames solicitados: TPAE,

TEMPO DE PROTROMBINA

Data da Coleta: 28/04/2017

TEMPO DE PROTROMBINA..:	14,2	seg	13.2 Segundos
ATIVIDADE ENZIMÁTICA..:	86	%	70 - 130 %
I.N.R.....:	1,10		< 1.3

Maria Alice de Souza
CRP - 01485





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 15 dias.

CID: S92

Recife, 03/05/2017

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
R. 10.170 - Recife, PE
CNPJ: 06.908.110/0001-01





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



*38407
384071

Paciente: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Prontuário.: 1049736
Leito....: MEDICAÇÃO
Idade....:
Impresso: 17:05:11 imp : ANTONIETA

Pedido.: 384071
Data.....: 28/04/2017
Procedência.: EMERGENCIA

Exames solicitados: HEMO,

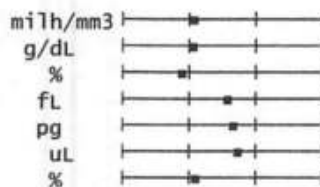
HEMOGRAMA COMPLETO

Data da Coleta: 28/04/2017

Metodo Automatizado

ERITROGRAMA

HEMACIAS.....: 4.39
HEMOGLOBINA.....: 13.7
HEMATOCRITO.....: 39.6
V.C.M.....: 90.2
H.C.M.....: 31.2
C.H.C.M.....: 34.6
R.D.W.....: 11.8



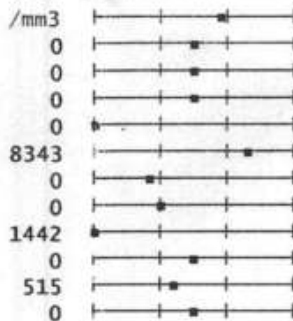
Homens | Mulheres | CRIANÇA

4.30-5.70 | 3.90-5.00 | 3.80-5.50
13.5-17.5 | 12.0-15.5 | 12.0-16.0
41.0-53.0 | 34.9-44.5 | 35.0-45.0
80.0-98.0 | 80.0-98.0 | 84.0-99.0
26.0-34.0 | 26.0-34.0 | 26.0-32.0
31.0-36.0 | 31.0-36.0 | 31.0-36.0
11.5-14.9 | 11.5-14.9 | 12.3-13.9

NORMOCITICA NORMOCROMICA

LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS.....: 10.300
PROMIELOCITOS.....: 0
MIELOCITOS.....: 0
METAMIELOCITOS.....: 0
BASTONETES.....: 0
NEUTROFILOS.....: 81
EOSINOFILOS.....: 0
BASOFILOS.....: 0
LINFOCITOS TIPICOS.....: 14
LINFOCITOS ATIPICOS.....: 0
MONOCITOS.....: 5
PLASMOCITOS.....: 0
BLASTOS.....:



Relativo %	Absoluto	/mm
	4.000 - 11.000	
0.0 - 0.0	0 - 0	
0.0 - 0.0	0 - 0	
0.0 - 0.0	0 - 0	
3.0 - 6.0	120 - 660	
47.0 - 73.0	1.880 - 8.000	
1.0 - 7.0	50 - 700	
0.0 - 1.0	0 - 190	
25.0 - 35.0	1.000 - 3850	
0.0 - 0.0		
4.0 - 9.0	100 - 990	
0.0 - 0.0	0 - 0	
0.0 - 0.0	0 - 0	

NEUTROFILIA RELATIVA E ABSOLUTA

PLAQUETAS.....: 274.000 /mm3
PLAQUETAS NORMAIS EM NUMERO E MORFOLOGIA



140.000 - 450.000

Dr. Antonieta Maciel
Hematologista
CRF 02015





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



*38407
384071

Paciente: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Prontuário.: 1049736
Leito....: MEDICAÇÃO
Idade....:
Impresso: 17:57:27 imp : JULIETA

Pedido.: 384071
Data.....: 28/04/2017
Procedência.: EMERGENCIA

Exames solicitados: NA,K,CLO,CO2,URE,CRE,GLI,

SÓDIO

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 139 mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA
137 - 145 mmol/L

POTÁSSIO

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 3,8

mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA
3,5 - 5,1 mmol/L

CLORETO

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 92 mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA
98 - 107 mmol/L

BICARBONATO

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 28 mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA
22 - 30 mmol/L

UREIA

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 29 mg/dl

VALOR DE REFERÊNCIA
Feminino: 15 - 37 mg/dl
Masculino: 19 - 43 mg/dl

CREATININA

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 0,67 mg/dl

VALOR DE REFERÊNCIA
Feminino: 0,70 - 1,20 mg/dl
Masculino: 0,80 - 1,50 mg/dl

GLICOSE

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 124 mg/dl

VALOR DE REFERÊNCIA
70 - 99 mg/dl


Dra. Julieta Cristina Araújo
Farmacêutica Bioquímica
CRF 00790



Relatório Médico de Alta

Nome: CLAIWE SANDRO DE SIQUEIRA

Reg.: 501841 Pront.: 1088504

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 30/05/1971

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 45

Admissão: 29/04/2017 17:32

Alta: 03/05/2017 11:37

Admissão:

FRATURA EM 3º 4º MTT DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal

S92

FRATURA DO PÉ (EXCETO DO TORNOZELO) | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR A FRATURA E O FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA CO

Internação:

Unidade

Admissão

Alta/Transferência

Tempo

ENFERMARIA SANTA MARIA

29/04/2017 17:32

03/05/2017 11:37

4 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Dr.º AZARIAS para 15 dias.
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 5) Não pisar até 2º ordem

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuário: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 46 ano (s)
Data: 19/06/2017 / 08:33 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 4

LAUDO PE DIREITO AP/P

Exame para controle de tratamento cirurgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.143680





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Nº Registro: 501841 N° Protuário: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 46 ano (s)
Convênio: SUS - AMB OS: ,

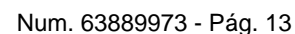
SOLICITAÇÃO

RX PE OU PODODATILOS DIREITO


Dr. Azarias Salgado
Transmitologia-Oncopeia
CRM: 6218



Front: 1088504
S. Maria - 2 - ~~100~~ 06 B





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuário: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)
Data: 02/05/2017 / 12:29 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 4

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 02/05/2017-12:29

Diagnóstico pré-operatório: Fratura dos Ossos do Pé Direito
Diagnóstico pós-operatório: Fratura dos Ossos do Pé Direito
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura dos Ossos do Pé Direito
Cirurgião: Dr. Azarias Salgado
Anestesia: Raquí

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antisepsia c/ PV PI com PVPI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Incisão dorsal;
4. Abordagem por planos;
5. Visualização do foco da fratura;
6. Realizado a redução cirúrgica da fratura. Realizado a osteossíntese com fio de kirschner, verificado boa posição dos implantes e boa estabilidade da fratura através de scopia;
7. Limpeza com SF0,9%;
8. Sutura;
9. Curativo;
10. RX de controle.

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 05/05/2017 12:29:23.

Azarias Salgado
Assinado digitalmente
CRM: 6218





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuário: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)
Data: 05/05/2017 / 12:17 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 29/04/2017 17:32 Data da alta: 03/05/2017 17:36
Intervalo: 4

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura dos Ossos do Pé Direito **CID:**

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: **CID:**

Data Internamento : Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 05/05/2017 12:18:29.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuário: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)
Data: 05/05/2017 / 12:17 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 29/04/2017 17:32 Data da alta: 03/05/2017 17:36
Intervalo: 4

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura dos Ossos do Pé Direito CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura dos Ossos do Pé Direito CÓDIGO: 0408050713

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Azarias Salgado	6218
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Patrícia Guaurino	9189
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente sofreu queda de moto há 07 dias, resultando em Fratura dos Ossos do Pé Direito. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de correção cirúrgica.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 05/05/2017 12:18:29.



EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES E TRÁFICO
 CENTRO DE REGISTRO DE VEÍCULOS

PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1679685141

RENOME
 AYANE KARLA GONDES PEREIRA SILVA

CPF
 5968742 887 72

DATA NASCIMENTO
 06/07/1983

PLACA
 JAIR MARCOS DE MORAES
 PEREIRA
 ALDENIA GONDES DE OLY
 VEIRA

PROVEDOR
 PEREIRA

LOCAL
 YIMBAURA, PE

DATA EMISSÃO
 24/07/2018

PERNAMBUCO

CONTRAN

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547675 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 23/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º DO METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547675 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 23/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º DO METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com seqüela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA** N° registro: **59109**
Dt. Nasc.: 30/05/71 - 45 ano (s) Sexo: Masculino
Mãe: EROTILDES LEANDRO DE SIQUEIRA Fone: 81988005141
Endereço: TV EXPEDICIONÁRIO LAURENTINO NONATO, nº 239, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 28/04/2017 - 10:18 N° pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SENHA: N074

28/04/2017 - MONIKE MUNIZ

Classificação de Risco: NÃO URGENTE - VERDE
Especialidade: ORTOPEDIA
Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - ORTOPEDIA

ANAMNESE

- ACIDENTE DE MOTO

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

- Dor MMII - Ferimento

- DOR EM MID HÁ 05 DIAS APÓS QUEDA DE MOTO, EDEMA NO PÉ DIR. E FERIMENTOS

EXAME FÍSICO:

PA: 120 x 80 mmHg Temperatura: °
HGT: mg/dL Sat O2: % FC: Bpm Peso: Altura:

OBSERVAÇÕES:

Evasão:



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: MONIKE MUNIZ DE SIQUEIRA. Data e Hora: 28/04/2017 10:20:36.

Rua Vale do Itajaí, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594





0421312118

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 008ª CIRCUNSCRIÇÃO - JORDÃO - DP8ªCIRC
DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0098000125**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/01/2018** às **11:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **23/4/2017** às **17:20**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 SUL, 1 - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA (VÍTIMA)

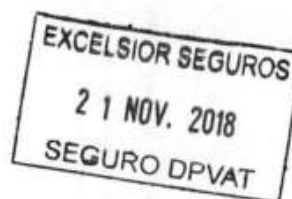
Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

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

CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EROTIDES LEANDRO DE SIQUEIRA Pai: **SEVERINO PEREIRA DE SIQUEIRA** Data de Nascimento: **30/5/1971** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4103358/SSP/PE (RG), 77008456468 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ELETRICISTA** Telefones Celulares: **- 987758113**

Endereço Residencial: **RUA EXPEDICIONARIO LAURENTINO NONATO, 239 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

file:///C:/Users/Policia%20Civil/Infopol/um/BOEPreview.html



DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHV5933 (PERNAMBUCO/RECIFE)**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

Complemento / Observação

A VITIMA DECLARA QUE TRANSITAVA NA SUA MOTOCICLETA NA RODOVIA BR 101 SUL, NO IBURA SENTIDO PRAZERES, PROXIMO AO POSTO DE GASOLINA PADRE CICERO, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU A RODOVIA REPENTINAMENTE, PROVOCANDO O ACIDENTE, A VITIMA DECLARA QUE NO MOMENTO QUE ATINGIU O ANIMAL, CAIU NO ASFALTO SOFRENDO FRATURA NO PÉ DIREIRO, NO TERCEIRO E QUARTO DEDO, E QUE A VITIMA SE LEVANTOU E FOI PARA SUA CASA E QUE DEVIDO AS DORES APÓS CINCO DIAS DO ACIDENTE, SE DIRIGIU A UPA DA LAGOA ENCANTADA ONDE FOI ATENDIDO PELO MÉDICO LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA, CRM: 20583.

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

Claive Sandro de Siqueira
CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE MARCELO FELICIANO - Matrícula: 3809439

Assinatura





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 ASL	CPF da Vítima 770 084 564-68	Nome completo da vítima Claudio Sando de Siqueira
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Claudio Sando de Siqueira	CPF titular da conta 770 084 564-68	Profissão Eletricista
Endereço Av. Esper. Maurício Renato	Número 239	Complemento
Bairro Linh. S. João	Cidade Ribeirão Preto	Estado SP
E-mail	CEP 13110-009	Telefone (DDD) (16) 9864.1713

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0867 D/V		BANCO Nome NRO.	
CONTA NRO. 049052 D/V 7		AGÊNCIA NRO. D/V	
(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.

Ribeirão Preto, 05 de Novembro de 2018
Local e Data

Claudio Sando de Siqueira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Claudio Sando de Siqueira
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**

Nº Sinistro: **3180547675**

Vítima: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**

Data do Acidente: **23/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180547675**.

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 13625079

Pag. 00247/00248 - carta_01 - INVALIDEZ

00020124



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 00/00/0000

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00867

CONTA: 000000049052-7

Nr. da Autenticação 9CEF9606AA0926AC



PROCURAÇÃO

Outorgante: Claive Sandro de Siqueira, Brasileiro(a), estado Civil solteiro, profissão eletricista de auto, residente e domiciliado à Rua Tr. expeyto Laurentino romo n° 239, bairro coha b, Município de: Recife, Estado PE, Cep: 51310.019, Rg n° 4103358, órgão emissor SSP / PE e CPF n° 770.084.564-68

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o n° 009.847.614-97, Carteira de Identidade n° 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço na Rua: Vigário Henrique, 222, Centro, Cep: 55870-000, Timbaúba-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito, o (a) Sr.(a) Claive Sandro de Siqueira, ocorrido em 23.04.17, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Líder dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.



Recife 07 de 02 de 2018

Claive Sandro de Siqueira

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421312/18
Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
CPF: 770.084.564-68
CPF de: Próprio
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
Data do acidente: 23/04/2017
Titular do CPF: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA : 009.847.614-97

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

CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA : 770.084.564-68

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: 21/11/2018
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA
CPF: 009.847.614-97

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547675 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 23/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º DO METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547675 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 23/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º DO METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES E TRÁFICO
 CENTRO AUTOMATIZADO DE LICENCIAMENTO

PE

1679685141

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

AYANE KARLA GONDES PEREIRA SILVA

CPF: 009.847.614-93

DATA NASCIMENTO: 26/07/1983

PLACA: JAIR MARCOS DE MORAES PEREIRA ALDEMIYA GONDES DE OLY VEIRA

PERMITE: 0598244953

VALIDADEZ: 24/07/2023

PRORROGAÇÃO: 12/02/2014

ASSINATURA: Ayane Karla Gondes Pereira

LOCAL: VIMBORA, PE

DATA EMISSÃO: 24/07/2018

PERNAMBUCO

1679685141

EXCELSIOR SEGUROS

21 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
 21 NOV. 2018
 SEGURO DPVAT



EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



Nome: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA **Nº registro:** 59109
Dt. Nasc.: 30/05/71 - 45 ano (s) **Sexo:** Masculino
Mãe: EROTILDES LEANDRO DE SIQUEIRA **Fone:** 81988005141
Endereço: TV EXPEDICIONÁRIO LAURENTINO NONATO, nº 239, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 28/04/2017 - 11:37 **Nº pág.:** 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

TRAUMA CONTUSO NO TNZ E NO PE DIR HA 05 DIAS

NEGA FEBRE

AO EXAME: EDEMA IMPORTANTE NO TNZ E NO PE DIR COM ESCORIAÇÃO NO

DORSO DO PE COM HIPEREMIA. ADM DO TNZ LIVRE

RX COM FRATURA DESVIADA DOS 3º E 4º MTD

CD: IMOBILIZAÇÃO, TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg Temperatura: °

HGT: mg/dL Sat O2: % FC: Bpm Peso: Altura:

CONDUTA :

Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO|

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5156649

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM:20583



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA, CRM: 20583, Data e Hora: 28/04/2017 11:47:25.

Rua Vale do Itajal, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594





Nome:	CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA	Nº registro:	59109
Dt. Nasc.:	30/05/71 - 45 ano (s)	Sexo:	Masculino
Mãe:	EROTILDES LEANDRO DE SIQUEIRA	Fone:	81988005141
Endereço:	TV EXPEDICIONÁRIO LAURENTINO NONATO, nº 239, COHAB, RECIFE - PE		
Data/hora:	28/04/2017 - 10:22	Nº pág.:	1/1

CONSULTA ORTOPÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S907 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS DO TORNOZELO E DO PÉ|

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

TRAUMA CONTUSO NO TNZ E NO PE DIR HA 05 DIAS

NEGA FEBRE

AO EXAME: EDEMA IMPORTANTE NO TNZ E NO PE DIR COM ESCORIAÇÃO NO DORSO DO PE COM

HIPEREMIA. ADM DO TNZ LIVRE

RX COM FRATURA DESVIADA DOS 3º E 4º MTD

CD: IMOBILIZAÇÃO, TRANSFERÊNCIA

Exame Físico:

Resultados de Exames:

Conduta:

Óbito: Não -

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM: 20583

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA, CRM: 20583. Data e Hora: 28/04/2017 11:40:43.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**, **prontuário nº 108.8504**, admitido neste hospital em 29/04/2017 com diagnóstico de Fratura dos Ossos do Pé Direito, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 03/05/2017.

Recife, 20 de Junho de 2017.


Dr.ª C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Dr.ª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuário: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)
Data: 12/05/2017 / 09:44 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 4

LAUDO PE DIREITO AP/P

Exame para controle de tratamento cirurgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.112479





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Prontuário.: 1049736
Leito....: MEDICAÇÃO
Idade....:
Impresso: 17:26:24 imp : ALICE

Pedido.: 384071 384071
Data.....: 28/04/2017
Procedência.: EMERGENCIA

Exames solicitados: TPAE,

TEMPO DE PROTROMBINA

Data da Coleta: 28/04/2017

TEMPO DE PROTROMBINA..:	14,2	seg	13.2 Segundos
ATIVIDADE ENZIMÁTICA..:	86	%	70 - 130 %
I.N.R.....:	1,10		< 1.3

Maria Alice de Souza
CRP - 01485





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 15 dias.

CID: S92

Recife, 03/05/2017

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
R. 10.170 - Recife, PE
CNPJ: 06.908.111/0001-00





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



*38407
384071

Paciente: CLAIWE SANDRO DE SIQUEIRA
Prontuário.: 1049736
Leito....: MEDICAÇÃO
Idade....:
Impresso: 17:05:11 imp : ANTONIETA

Pedido.: 384071
Data.....: 28/04/2017
Procedência.: EMERGENCIA

Exames solicitados: HEMO,

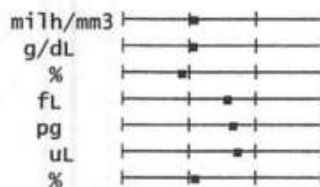
HEMOGRAMA COMPLETO

Data da Coleta: 28/04/2017

Metodo Automatizado

ERITROGRAMA

HEMACIAS.....: 4.39
HEMOGLOBINA.....: 13.7
HEMATOCRITO.....: 39.6
V.C.M.....: 90.2
H.C.M.....: 31.2
C.H.C.M.....: 34.6
R.D.W.....: 11.8



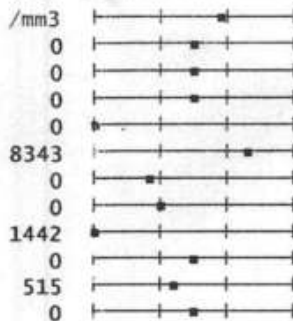
Homens | Mulheres | CRIANÇA

4.30-5.70 | 3.90-5.00 | 3.80-5.50
13.5-17.5 | 12.0-15.5 | 12.0-16.0
41.0-53.0 | 34.9-44.5 | 35.0-45.0
80.0-98.0 | 80.0-98.0 | 84.0-99.0
26.0-34.0 | 26.0-34.0 | 26.0-32.0
31.0-36.0 | 31.0-36.0 | 31.0-36.0
11.5-14.9 | 11.5-14.9 | 12.3-13.9

NORMOCITICA NORMOCROMICA

LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS.....: 10.300
PROMIELOCITOS.....: 0
MIELOCITOS.....: 0
METAMIELOCITOS.....: 0
BASTONETES.....: 0
NEUTROFILOS.....: 81
EOSINOFILOS.....: 0
BASOFILOS.....: 0
LINFOCITOS TIPICOS.....: 14
LINFOCITOS ATIPICOS.....: 0
MONOCITOS.....: 5
PLASMOCITOS.....: 0
BLASTOS.....:



Relativo %	Absoluto	/mm
	4.000 - 11.000	
0.0 - 0.0	0 - 0	
0.0 - 0.0	0 - 0	
0.0 - 0.0	0 - 0	
3.0 - 6.0	120 - 660	
47.0 - 73.0	1.880 - 8.000	
1.0 - 7.0	50 - 700	
0.0 - 1.0	0 - 190	
25.0 - 35.0	1.000 - 3850	
0.0 - 0.0		
4.0 - 9.0	100 - 990	
0.0 - 0.0	0 - 0	
0.0 - 0.0	0 - 0	

NEUTROFILIA RELATIVA E ABSOLUTA

PLAQUETAS.....: 274.000 /mm3
PLAQUETAS NORMAIS EM NUMERO E MORFOLOGIA



140.000 - 450.000

Dr. Antonieta Maciel
Hematologista
CRF 02015





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



*38407
384071

Paciente: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Prontuário.: 1049736
Leito....: MEDICAÇÃO
Idade....:
Impresso: 17:57:27 imp : JULIETA

Pedido.: 384071
Data.....: 28/04/2017
Procedência.: EMERGENCIA

Exames solicitados: NA,K,CLO,CO2,URE,CRE,GLI,

SÓDIO

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 139 mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA
137 - 145 mmol/L

POTÁSSIO

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 3,8

mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA
3,5 - 5,1 mmol/L

CLORETO

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 92 mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA
98 - 107 mmol/L

BICARBONATO

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 28 mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA
22 - 30 mmol/L

UREIA

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 29 mg/dl

VALOR DE REFERÊNCIA
Feminino: 15 - 37 mg/dl
Masculino: 19 - 43 mg/dl

CREATININA

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 0,67 mg/dl

VALOR DE REFERÊNCIA
Feminino: 0,70 - 1,20 mg/dl
Masculino: 0,80 - 1,50 mg/dl

GLICOSE

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 124 mg/dl

VALOR DE REFERÊNCIA
70 - 99 mg/dl


Dra. Julieta Cristina Araújo
Farmacêutica Bioquímica
CRF 00790



Relatório Médico de Alta

Nome: CLAIWE SANDRO DE SIQUEIRA

Reg.: 501841 Pront.: 1088504

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 30/05/1971

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 45

Admissão: 29/04/2017 17:32

Alta: 03/05/2017 11:37

Admissão:

FRATURA EM 3º 4º MTT DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal

S92

FRATURA DO PÉ (EXCETO DO TORNOZELO) | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR A FRATURA E O FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA CO

Internação:

Unidade

Admissão

Alta/Transferência

Tempo

ENFERMARIA SANTA MARIA

29/04/2017 17:32

03/05/2017 11:37

4 dia(s)

Orientação:

1) Agendar retorno para Dr.º AZARIAS para 15 dias.

2) Tomar medicação prescrita;

3) Realizar RX

5) Não pisar até 2º ordem

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuário: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 46 ano (s)
Data: 19/06/2017 / 08:33 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 4

LAUDO PE DIREITO AP/P

Exame para controle de tratamento cirurgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.143680





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Nº Registro: 501841 N° Protuário: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 46 ano (s)
Convênio: SUS - AMB OS: ,

SOLICITAÇÃO

RX PE OU PODODATILOS DIREITO


Dr. Azarias Salgado
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 6218



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		NOME DA UNIDADE: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CGC Nº: 10.572.048/0005-51 (03 vias)	
LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH		SENHA:	
CARTÃO SUS:		Nº DO REGISTRO:	
NOME DO PACIENTE: <u>Clair Sandro de Siqueira</u>			
DATA DE NASCIMENTO:		SEXO:	
HGV - Hospital Getúlio Vargas		049736	
Atendimento: 428394		CNS: 702609776724448	
Paciente: CLAIRE SANDRO DE SIQUEIRA			
Nascimento: 30/05/1971		Idade: 45 Anos	
Mãe: EROTICES LEANDRO DE SIQUEIRA		8800-5141	
End: RUA EXPEDICIONÁRIO LAURENTINO NONATO, Nº. 239 - COHAS RECIFE - PE - Cep: 51310020		UF:	
Data: 012 PLANTONISTA NOV		CEP:	
INTERNAÇÃO			
HISTÓRIA CLÍNICA: <u>Paciente vítima de trauma em pé direito há 04 dias por queda de moto (sic) resultando em fratura de metatarsos</u>			
EXAME FÍSICO: <u>BCG, Auscult, e fibril</u> <u>UDD: Escoriação em pé direito, pulso mantido.</u>			
PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:			
<u>Anamnese + Ex. físico + Raio X</u>			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			
<u>Fratura de 3º e 4º MTD</u>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO:		CÓDIGO:	
<u>Internamento Hospitalar</u>		CARATER DA INTERNAÇÃO:	
DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE:		DATA:	
<u>Trauma - ortopedia.</u>		<u>28, 04, 17</u>	
DATA:		DATA:	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR:	
Dr. Herisson Viana Ortopedia e Traumatologia CRMPE 24.307		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR:	
PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS			
AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR			
NOME DA UNIDADE:			
DATA DO ENCAMINHAMENTO:			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSABILIDADE PELO ENCAMINHAMENTO:			
Avenida General San Martin s/n - Gerdoro Recife/PE - CEP 50.530-000 Fone: (081) 31949200			

Pront: 1088504
 S. Maria - 2 - 06 B





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuário: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)
Data: 02/05/2017 / 12:29 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 4

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 02/05/2017-12:29

Diagnóstico pré-operatório: Fratura dos Ossos do Pé Direito
Diagnóstico pós-operatório: Fratura dos Ossos do Pé Direito
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura dos Ossos do Pé Direito
Cirurgião: Dr. Azarias Salgado
Anestesia: Raquí

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antisepsia c/ PV PI com PVPI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Incisão dorsal;
4. Abordagem por planos;
5. Visualização do foco da fratura;
6. Realizado a redução cirúrgica da fratura. Realizado a osteossíntese com fio de kirschner, verificado boa posição dos implantes e boa estabilidade da fratura através de scopia;
7. Limpeza com SF0,9%;
8. Sutura;
9. Curativo;
10. RX de controle.

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 05/05/2017 12:29:23.

Azarias Salgado
Assinado digitalmente
CRM: 6218





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuário: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)
Data: 05/05/2017 / 12:17 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 29/04/2017 17:32 Data da alta: 03/05/2017 17:36
Intervalo: 4

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura dos Ossos do Pé Direito **CID:**

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: **CID:**

Data Internamento : Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 05/05/2017 12:18:29.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuário: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)
Data: 05/05/2017 / 12:17 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 29/04/2017 17:32 Data da alta: 03/05/2017 17:36
Intervalo: 4

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura dos Ossos do Pé Direito CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura dos Ossos do Pé Direito CÓDIGO: 0408050713

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Azarias Salgado	6218
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Patrícia Guaurino	9189
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente sofreu queda de moto há 07 dias, resultando em Fratura dos Ossos do Pé Direito. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de correção cirúrgica.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 05/05/2017 12:18:29.



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ayane Karla Guedes P. Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.847.614, 97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cláudio Sando de Liqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 770.084.564, 68, do sinistro de DPVAT cobertura Quilômetro da Vítima Cláudio Sando de Liqueira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 770.084.564, 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Virgílio Henrique</u>		Número <u>222</u>	Complemento <u>B</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Pimbauba</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55870-000</u>
Email <u>centralsegrecife@igmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>11</u> <u>998621.1213</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81)</u> <u>98693.1975</u>

Reufe 05 de Novembro de 2018
Local e Data

Ayane Karla Guedes Pereira Silva
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017



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



www.celpe.com.br

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
ANGELA JOSE BARBOSA
CPF: 028.969.464-70

DATA DE VENCIMENTO
31/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
87,38

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
20/10/2018
DATA DA APRESENTAÇÃO
20/10/2018
NÚMERO DA NOTA FISCAL
036114616

CONTA CONTRATO
001820356019
Nº DO CLIENTE
2002573123
Nº DA INSTALAÇÃO
0002963919

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV EXPED LAURENTINO NONATO 239

COHAB/RECIFE
51310-019 RECIFE 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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5D83.BBEF.410F.4A5D.A7EC.A223.8466.A587

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	94,00	0,73068086	68,68
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,58
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,54
ICMS Subvenção-CDE-NF 028685839-21/08/18			0,58
TOTAL DA FATURA			87,38

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
75,26	25,00	18,81	75,26	0,64	0,48
					2,98
					2,24

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Resv	Valor
31/10/18	20/10/18	90,35

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito 3PC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,52156000

HISTÓRICO DO CONSUMO

	OUT 18	SET 18	AGO 18	JUL 18	JUN 18	MAI 18	ABR 18	MAR 18	FEV 18	JAN 18	DEZ 17	NOV 17	OUT 17
Consumo Ativo(kWh)	94	89	88	94	86	103	99	122	124	54	114	118	82

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	RE	%
Geração de Energia	26,62	35,38
Transmissão	3,35	4,33
Distribuição (Celpe)	15,18	20,17
Encargos Setoriais	3,91	5,28
Tributos	21,53	28,61
TOTAL	75,26	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
OP91527	CAT	19/09/2018 19.801,00	20/10/2018 19.895,00	31	1,00000	0,00	94,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/11/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia		0,23	5,07	10,15	20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		2,00	3,33	6,47	12,55
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,16	2,86	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 25,88					

Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! acougue sao rafael: av pernambuco 05 ibura / mercadinho super cumaru ltda: rua monte pascoal 106 cohatilista completa em www.celpe.com.br.
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.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Ras414/ANEEL), Juros 1%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 cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001820356019	10/2018	87,38	31/10/2018	

838000000009 873800110010 820356019107 154413698438



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

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



www.celpe.com.br

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

GEOVANO GAIÃO BORBA
CPF: 780.656.404-78

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VIG HENRIQUE 222 - B

CENTRO/TIMBAUBA
55870-000 TIMBAUBA 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

12/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

04/09/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

04/09/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

030342643

CONTA CONTRATO

007004026599

Nº DO CLIENTE

2001121529

Nº DA INSTALAÇÃO

0005229397

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

6C12.4BF2.7DFC.9D88.9B40.2CFB.CA37.2312

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	69,00	0,75282909	51,94
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,97
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,15
ICMS Subvenção-CDE-NF 019154825-06/06/18			0,68
Devolução Pagamento em Duplicidade			63,74
TOTAL DA FATURA			0,00

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt Reav	Valor
13/08/18	04/09/18	78,41
12/07/18	06/08/18	71,90

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem
como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA,
com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem
como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após a fim do
processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,52156500

HISTÓRICO DO CONSUMO

	SET 18	AGO 18	JUL 18	JUN 18	MAI 18	ABR 18	MAR 18	FEV 18	JAN 18	DEZ 17	NOV 17	OUT 17	SET 17
Consumo Ativo(kWh)	69	80	71	110	190	251	232	201	159	227	232	151	161

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	19,55	34,36
Transmissão	2,38	4,18
Distribuição (Celpe)	11,15	19,59
Encargos Setoriais	2,87	5,04
Tributos	17,46	30,88
TOTAL	36,31	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
56,91	25,00	14,22	56,91	1,03	0,58	56,91	4,69	2,66

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000006003010170129	CAT	06/08/2018 12.061,00	04/09/2018 12.130,00	29	1,00000	0,00	69,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/10/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jul/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	TIMBAUBA	0,90	6,15	12,30	24,60
FIC-No.de vezes sem Energia		0,90	3,42	8,85	12,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,63	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 18,99					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! comercial alvino: r coronel antonio vicente 89 centro / comercial alvino:
r monsenhor jose marques da fonseca 71 apt01
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.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%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 cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007004026599	09/2018	0,00	12/09/2018	

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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



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 interdita 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

Cláudio Sando de Siqueira

CPF da Vítima

770 084 564 68

Data do Acidente

23/04/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(81) 99866-8333

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 do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Recife, 05 de Novembro de 2018

Local e Data

Cláudio Sando de Siqueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

NALL001 V001/2017

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



PROCURAÇÃO

Outorgante: Claive Sandro de Siqueira, Brasileiro(a), estado Civil solteiro, profissão eletricista de auto, residente e domiciliado à Rua Tr. expeyto Laurentino romo, n.º 239, bairro coha b, Município de: Recife, Estado PE, Cep: 51310.019, Rg n.º 41.03358, órgão emissor SSP / PE e CPF n.º 770.084.564-68

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o n.º 009.847.614-97, Carteira de Identidade n.º 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço na Rua: Vigário Henrique, 222, Centro, Cep: 55870-000, Timbaúba-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)

Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito, o (a) Sr.(a) Claive Sandro de Siqueira, ocorrido em 23.04.17, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Líder dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.



Recife 07 de 02 de 2018

Claive Sandro de Siqueira
Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421312/18

Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

CPF: 770.084.564-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/04/2017

Titular do CPF: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA : 009.847.614-97

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

CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA : 770.084.564-68

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: 21/11/2018
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA
CPF: 009.847.614-97

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**

Nº Sinistro: **3180547675**

Vítima: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**

Data do Acidente: **23/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180547675**.

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 13625079

Pag. 00247/00248 - carta_01 - INVALIDEZ

00020124





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 ASL: _____ CPF da Vítima: 770 084 564-68 Nome completo da vítima: Elaine Sando de Siqueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>Elaine Sando de Siqueira</u>		CPF titular da conta	<u>770 084 564-68</u>	Profissão	<u>eletricista</u>	
Endereço	<u>R. Esper. Maurício Renato</u>		Número	<u>239</u>	Complemento	—	
Bairro	<u>Lehal</u>	Cidade	<u>Reufe</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>51310-009</u>
Email	—		Telefone (DDD)		<u>(81) 98641.1713</u>		

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\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ 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 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO.

0867

D/V

CONTA

NRO.

049052

D/V

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(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.

Reufe, 05 de Novembro de 2018
Local e Data

Elaine Sando de Siqueira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017





0421312118

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 008ª CIRCUNSCRIÇÃO - JORDÃO - DP8ªCIRC
DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0098000125**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/01/2018** às **11:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **23/4/2017** às **17:20**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 SUL, 1 - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA (VÍTIMA)

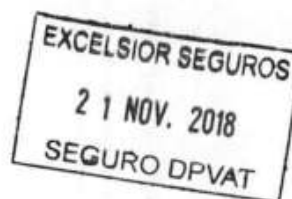
Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

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

CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EROTIDES LEANDRO DE SIQUEIRA Pai: **SEVERINO PEREIRA DE SIQUEIRA** Data de Nascimento: **30/5/1971** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4103358/SSP/PE (RG), 77008456468 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ELETRICISTA** Telefones Celulares: **- 987758113**

Endereço Residencial: **RUA EXPEDICIONARIO LAURENTINO NONATO, 239 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

file:///C:/Users/Policia%20Civil/Infopol/um/BOEPreview.html



DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHV5933 (PERNAMBUCO/RECIFE)**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

Complemento / Observação

A VITIMA DECLARA QUE TRANSITAVA NA SUA MOTOCICLETA NA RODOVIA BR 101 SUL, NO IBURA SENTIDO PRAZERES, PROXIMO AO POSTO DE GASOLINA PADRE CICERO, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU A RODOVIA REPENTINAMENTE, PROVOCANDO O ACIDENTE, A VITIMA DECLARA QUE NO MOMENTO QUE ATINGIU O ANIMAL, CAIU NO ASFALTO SOFRENDO FRATURA NO PÉ DIREIRO, NO TERCEIRO E QUARTO DEDO, E QUE A VITIMA SE LEVANTOU E FOI PARA SUA CASA E QUE DEVIDO AS DORES APÓS CINCO DIAS DO ACIDENTE, SE DIRIGIU A UPA DA LAGOA ENCANTADA ONDE FOI ATENDIDO PELO MÉDICO LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA, CRM: 20583.

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

Claive Sandro de Siqueira
CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE MARCELO FELICIANO - Matrícula: 3809439

Assinatura



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 interdita 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

Cláudio Sando de Siqueira

CPF da Vítima

770 084 564 68

Data do Acidente

23/04/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(81) 99866-8333

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 do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Peixe 05 de Novembro de 2018

Local e Data

Cláudio Sando de Siqueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

HALI.001 V001/2017

EXCELSIOR SEGURO
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547675 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 23/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º DO METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547675 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 23/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º DO METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA** N° registro: **59109**
Dt. Nasc.: 30/05/71 - 45 ano (s) Sexo: Masculino
Mãe: EROTILDES LEANDRO DE SIQUEIRA Fone: 81988005141
Endereço: TV EXPEDICIONÁRIO LAURENTINO NONATO, nº 239, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 28/04/2017 - 10:18 N° pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SENHA: N074

28/04/2017 - MONIKE MUNIZ

Classificação de Risco: NÃO URGENTE - VERDE
Especialidade: ORTOPEDIA
Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - ORTOPEDIA

ANAMNESE

- ACIDENTE DE MOTO

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

- Dor MMII - Ferimento

- DOR EM MID HÁ 05 DIAS APÓS QUEDA DE MOTO, EDEMA NO PÉ DIR. E FERIMENTOS

EXAME FÍSICO:

PA: 120 x 80 mmHg Temperatura: °
HGT: mg/dL Sat O2: % FC: Bpm Peso: Altura:

OBSERVAÇÕES:

Evasão:



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: MONIKE MUNIZ DE SIQUEIRA. Data e Hora: 28/04/2017 10:20:36.

Rua Vale do Itajaí, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 00/00/0000

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00867

CONTA: 000000049052-7

Nr. da Autenticação 9CEF9606AA0926AC



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



www.celpe.com.br

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
ANGELA JOSE BARBOSA
CPF: 028.969.464-70

DATA DE VENCIMENTO
31/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
87,38

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
20/10/2018
DATA DA APRESENTAÇÃO
20/10/2018
NÚMERO DA NOTA FISCAL
036114616

CONTA CONTRATO
001820356019
Nº DO CLIENTE
2002573123
Nº DA INSTALAÇÃO
0002963919

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV EXPED LAURENTINO NONATO 239

COHAB/RECIFE
51310-019 RECIFE 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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5D83.BBEF.410F.4A5D.A7EC.A223.8466.A587

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	94,00	0,73068086	68,68
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,58
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,54
ICMS Subvenção-CDE-NF 028685839-21/08/18			0,58
TOTAL DA FATURA			87,38

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
75,26	25,00	18,81	75,26	0,64	0,48	75,26	2,98	2,24

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Resv	Valor
31/10/18	20/10/18	90,35

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito 3PC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,52156000

HISTÓRICO DO CONSUMO

	OUT 18	SET 18	AGO 18	JUL 18	JUN 18	MAI 18	ABR 18	MAR 18	FEV 18	JAN 18	DEZ 17	NOV 17	OUT 17
Consumo Ativo(kWh)	94	89	88	94	86	103	99	122	124	54	114	118	82

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	RE	%
Geração de Energia	26,62	35,38
Transmissão	3,35	4,33
Distribuição (Celpe)	15,18	20,17
Encargos Setoriais	3,91	5,28
Tributos	21,53	28,61
TOTAL	75,26	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
OP91527	CAT	19/09/2018 19.801,00	20/10/2018 19.895,00	31	1,00000	0,00	94,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/11/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia		0,23	5,07	10,15	20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		2,00	3,33	6,47	12,55
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,16	2,86	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 25,88					

Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! acougue sao rafael: av pernambuco 05 ibura / mercadinho super cumaru ltda: rua monte pascoal 106 cohatilista completa em www.celpe.com.br.
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.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Ras414/ANEEL), Juros 1%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 cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001820356019	10/2018	87,38	31/10/2018	

838000000009 873800110010 820356019107 154413698438



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

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



www.celpe.com.br

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

GEOVANO GAIÃO BORBA
CPF: 780.656.404-78

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VIG HENRIQUE 222 - B

CENTRO/TIMBAUBA
55870-000 TIMBAUBA 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

12/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

04/09/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

04/09/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

030342643

CONTA CONTRATO

007004026599

Nº DO CLIENTE

2001121529

Nº DA INSTALAÇÃO

0005229397

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

6C12.4BF2.7DFC.9D88.9B40.2CFB.CA37.2312

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	69,00	0,75282909	51,94
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,97
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,15
ICMS Subvenção-CDE-NF 019154825-06/06/18			0,68
Devolução Pagamento em Duplicidade			63,74
TOTAL DA FATURA			0,00

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt Reav	Valor
13/08/18	04/09/18	78,41
12/07/18	06/08/18	71,90

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem
como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA,
com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem
como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após a fim do
processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,52156500

HISTÓRICO DO CONSUMO

	SET 18	AGO 18	JUL 18	JUN 18	MAR 18	FEV 18	JAN 18	DEZ 17	NOV 17	OUT 17	SET 17
Consumo Ativo(kWh)	69	80	71	110	190	251	232	201	159	227	232

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	19,55	34,36
Transmissão	2,38	4,18
Distribuição (Celpe)	11,15	19,59
Encargos Setoriais	2,87	5,04
Tributos	17,46	30,88
TOTAL	36,31	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
56,91	25,00	14,22	56,91	1,03	0,58	56,91	4,69	2,66

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000006003010170129	CAT	06/08/2018 12.061,00	04/09/2018 12.130,00	29	1,00000	0,00	69,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/10/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jul/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	TIMBAUBA	0,90	6,15	12,30	24,60
FIC-No.de vezes sem Energia		0,90	3,42	8,85	12,75
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,90	3,63	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 18,99					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! comercial alvino: r coronel antonio vicente 89 centro / comercial alvino:
r monsenhor jose marques da fonseca 71 apt01
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.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%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 cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007004026599	09/2018	0,00	12/09/2018	

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

