



Número: **0016890-79.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63890791	25/06/2020 14:46	2729721_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

PROCESSO: 00168907920208172001

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

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A, empresa seguradora com sede à Av. Das Nações Unidas, 11.711 - 21º Andar - Brooklin Paulista - São Paulo - SP - CEP: 04578-000, inscrita no CNPJ sob o número 61.074.175/0001-38 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **06/11/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 06/12/2018.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente 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)



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **06/11/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

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



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸.

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.

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**" (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art. 1º. (...)

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



CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- 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, 19 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/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA**, em curso perante a **15ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00168907920208172001.

Rio de Janeiro, 19 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0016890-79.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63890792	25/06/2020 14:46	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BUA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 13.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0085943-93

CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.430, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTUÁRIO 116
Atendimento ao cliente ou deficiente ou daltônico ou de fala 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco ANPEL 0800 727 0197 Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE JOSE EDSON DOMENICA SILVA CPF 07.009.474-12 NIS 16213678604	DATA DE VENCIMENTO 26/03/2019 TOTAL A PAGAR R\$1 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 19/03/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 19/03/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 054586282	CONTA/CONTRATO 004012147142 Nº DO CLIENTE 700292449 Nº DA INSTALAÇÃO 0004167872
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SUAPECANGA 800 MARICÓIA RURAL MARICÓIA 51100-000 SÃO CATALDINO PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 7F64.51C4.2F4C.C044.C932.CCE4.B7B0.03B3			

As informações gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 474/2016) tarifas, produção, serviços prestados e tributos se encontram a disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	PMATE REGULAR	SERVIÇOS EXISTENTES	VALOR (R\$)	CONTE
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	R\$ 0,00	0,00				
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	37,00	R\$ 2,80	103,60				
Contribuição Pública Municipal			4,28				
TOTAL DA FATURA			107,88				

TARIFAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	R\$ 0,00	MAR 19	0,00
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	R\$ 2,80	FEV 19	0,00
Contribuição Pública Municipal	R\$ 4,28	JAN 19	0,00
		DEZ 18	0,00
		NOV 18	0,00
		OUT 18	0,00
		SET 18	0,00
		AGO 18	0,00
		JUL 18	0,00
		JUN 18	0,00
		MAY 18	0,00
		ABR 18	0,00
		MAR 18	0,00

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO		
BV1	0,00	17,45	1,01	0,77	17,45	4,68	0,81

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL				DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			
NÚMERO DE CONTADOR	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR DO CONSUMO	PERÍODO	QUANTIDADE	CAUSAS	VALOR DO CONSUMO
00000000000000000000	19/03/2019	19/03/2019	0,00				

PERÍODO	VALOR DO CONSUMO	VALOR DO CONSUMO	VALOR DO CONSUMO
19/03/2019	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pagamento pontual evita perda de nível de tensão, o que pode causar interrupções de fornecimento. O cliente deve manter o nível de tensão adequado para evitar interrupções de fornecimento. O cliente deve manter o nível de tensão adequado para evitar interrupções de fornecimento. O cliente deve manter o nível de tensão adequado para evitar interrupções de fornecimento.	NÍVEL DE TENSÃO TENSÃO NOMINAL V LIMITE DE VARIAÇÃO V MÍNIMO MÁXIMO 220 202 227 AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
--	---

DESTAQUE AGU	CONTA/CONTRATO 004012147142	WFS-ANO 03/2019	TOTAL A PAGAR R\$1 0,00	VENCIMENTO 26/03/2019	FORMA DE PAGAMENTO COMPRAR Este cartão pode ser usado para pagar ou rasurar Este cartão não pode ser usado para rasurar
---------------------	---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	PROTÓCOLO ARÉNCIA RECIFE
--------------------	------------------------------	------------------------------------

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, JOSIVALDO FLORENCIO ALVES
RG: 8045471, data de expedição 16/05/2018
Órgão SNS/PE, portador do CPF 088.381.224-21, com
domicílio na cidade de SÃO CAETANO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
SÍTIO JACECANIGA, nº 800
complemento CASA, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Jose Edison Florencio da Silva,
cujo o condutor era Josivaldo Florencio Alves.
Veículo: PAS / MOTOCICLETA

Modelo: HONDA / CG 125 FAN

Ano: 2008

Placa: KHX 9641

Chassi: 9C2FC30708R134738

Data do Acidente: 06/11/2018

Local e data do cartório: Panamá 06/11/2018



Josivaldo Florencio Alves

Assinatura do Declarante



Josivaldo Florencio Alves

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

COMPREV
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Reconheço por autenticidade a firma de JOSIVALDO FLORENCIO ALVES; dou fé.
Selo: 0073718.ROB11201802.00581
Curitiba/PR, 06/12/2018 10:34:09. Em testº da verdade
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente
Emp. R\$ 3,59 TERN R\$ 0,80 Total R\$ 4,39 Cp: 32





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA
SETOR DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME - HRA

HRA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o paciente

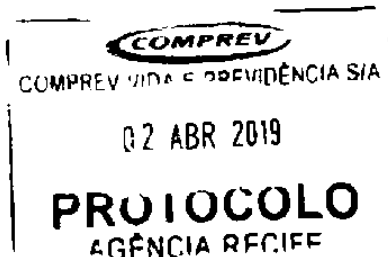
Sr.(a) **JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA,**

Encontra-se internado, desde o dia 06/11/2018.

(Sem Previsão de Alta)

REGISTRO: 328.391

Diagnostico: FRATURA DA PERNA ESQUERDA



Tratamento: CIRÚRGICO (AGUARDANDO PROCEDIMENTO)

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru, 09 de Novembro de 2018

Rosy Katiely de Souza Cavalcante

Rosy Katiely de Souza Cavalcante

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232 - Km 130 - S/N - Bairro Indianópolis Caruaru - PE - CEP
55.024.000
CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 / SAME



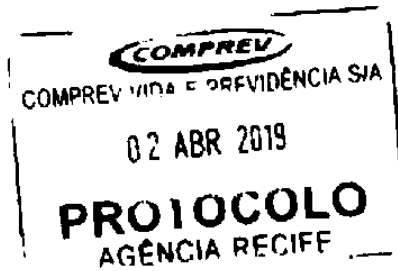
H

24/11/11	4. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841
----------	---

Assinatura

Assinatura

Usuário do Atendimento
MEYDSONWBC



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Forma da Classificação de Risco - Processo de

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

06/11/2018 08:51

Nome Paciente: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 04/06/1961
Sexo: Masculino
Idade: 56
Senha: 00064
Convênio:
Atendimento:

06/11/2018 08:50 - CLEDSON FERNANDES DE HORLANDO - COREN 1057 - EDUCAÇÃO ENFERMEIRO(A) -

Classificação

URGENTE

Cor

AMARELO

Queixa Principal

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FIBULA DE TORNADOZEL ESQUERDO COM DEFORMIDADE E ENTALDO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA OU LÂMBITOS TORAX E ABDOMEN DOLOR.

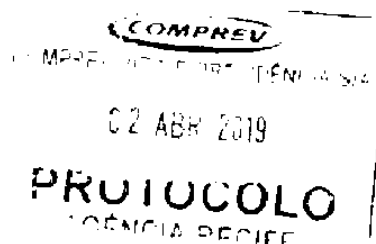
Programa sintoma

QUEDAS

Distúrbio(s)

Exatidão

- DOR MODERADA
- HISTÓRIA INAPROPRIADA
- CIRURGIA GERAL



Acolhido(a) por: CLEDSON FERNANDES DE HORLANDO

Data: 06/11/2018 08:51

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Pág. 4 de 4



[illegible]

PE Nº 014203358902 BILHETE DE SEGURO DPVAT ATIVIDADE PROFISSIONAL RISCO		CARA DO CIZARDO-PH 051 - 000	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGAR NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoresid.com.br SAC DPVAT 0800 622 1204			
EXERCÍCIO 2021	DATA EMISSÃO 27/04/19	PLACA 42-9634	
VAL 090 321 224-71	ORIG/CONU 090 321 224-71	RENAVAL 53137551	MARCA/MODELO B-440-000 1/3 1/3 1/3
INS Nº 006	ORIG 006	NOVOS Nº 006	NOVOS Nº 006
PRÊMIO TARIFÁRIO			
INS (R\$) 000,00	DEBITAR (R\$) 000,00	CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00	
CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00	OP (R\$) 000,00	EXEMPLOS DE SEGURO	
PAGAMENTO		DATA DE VENCIMENTO	
☐ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	DATA DE VENCIMENTO	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190255071

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Data do acidente: 06/11/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA PROXIMAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190255071

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Data do acidente: 06/11/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA PROXIMAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: PAG.04

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190255071

Vítima: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14138488





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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190255071

Vítima: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

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

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag 01719/01720 - carta_03 - INVALIDEZ

00050860



Carta nº 1414113





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

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190255071

Vítima: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 00000104426-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0117301174 - carta_15R - INVALIDEZ

00010587





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	077.309.474-12	Jose Edson Florencio da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUPRE Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Jose Edson Florencio da Silva	077.309.474-12	
Profissão:	Número:	Complemento:
Recebeu-se de Iapicema	800	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Monicão Rural	São Bartolomeu	PE
E-mail:	CEP:	TIN (COD):
	55130-000	9258-3087
		9668-4849

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

DADOS CADASTRAIS

RECEITA MENSAL:

☒ ACUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341)

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

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 404426 S

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Indicar o dígito se existir) (Indicar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☒ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Filhos: _____
	Vítima deixou nascituro (ou nascido)?	☐ Sim ☒ Não
		Vítima deixou pais/avós vivos?
		☐ Sim ☒ Não

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

Local e Data: São Bartolomeu 11/03/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Edson Florencio da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

3º Nome: _____

CPF: _____

4º Nome: _____

CPF: _____

5º Nome: _____

CPF: _____

6º Nome: _____

CPF: _____

7º Nome: _____

CPF: _____

8º Nome: _____

CPF: _____

9º Nome: _____

CPF: _____

10º Nome: _____

CPF: _____

FPS.001 V001/2014

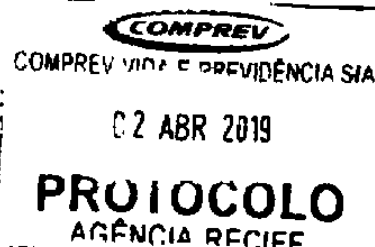
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu cargo, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé pública do teor do formulário, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0045007625



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/12/2018 às 12:06

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 01/12/2018 às 07:06

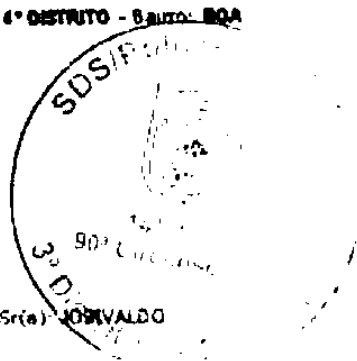
Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, SÍTIO JAPECANGA, 4º DISTRITO - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSEVALDO FLORENCIO ALVES (NOTIFICANTE)
JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) JOSEVALDO FLORENCIO ALVES



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

JOSEVALDO FLORENCIO ALVES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA NERY FLORENCIO SILVA Data de Nascimento: 16/7/1988 Naturalidade: SAO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8848471/DSPE (RG), 0833212321 (CPF), 8808337821 (CNPJ) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 883378882

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, SÍTIO JAPECANGA- 4º DISTRITO- PERTO DO CAMPO DE FUTEBOL - CEP: - Bairro: - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA NERY FLORENCIO SILVA Pai: JOSUEL FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 4/8/1986 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7439986/DSPE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 883378882

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, SÍTIO JAPECANGA- 4º DISTRITO - CEP: - Bairro: - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) JOSEVALDO FLORENCIO ALVES, que estava em posse do(a) Sr(a) JOSEVALDO FLORENCIO ALVES

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES Objeto apreendido: Não



Cor: PRETA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KH00841 (PERNAMBUCO/SÃO CAETANO) Retenção: 953137457 - Chassi: BCZJC30708R134736
 Ano: Fabricação: Modelo: 2008/2008 - Combustível: GASOLINA

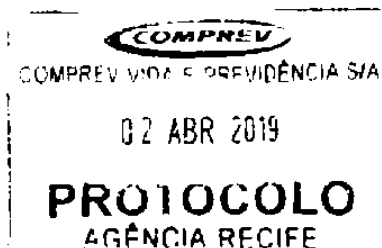
Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DEPOL O NOTICIANTE DIZENDO QUE ESTAVA PROTAGONIZANDO A REFERIDA MOTOCICLETA COM O SEU IRMÃO JOSÉ EDSON FLORENCIO DA SILVA QUANDO UM CARRO AMBA NÃO IDENTIFICADO BATEU NA SUA MOTOCICLETA DE FORMA QUE ELE E A VITIMA CAIU DA MOTOCICLETA E APENAS A VITIMA JOSÉ EDSON FLORENCIO DA SILVA SOFREU FRATURA NA PERNA ESQUERDA E FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU. AQUI NA DEPOL O FATO FOI APRESENTADO HOJE AO DELEGADO DE PLANTÃO O QUAL DISSE QUE PODERIA FAZER ESSE REGISTRO. AQUI NA DEPOL O NOTICIANTE APRESENTOU UMA CÓPIA DE DECLARAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DIZENDO QUE A VITIMA SOFREU FRATURA NA PERNA ESQUERDA E A CÓPIA DE UMA DECLARAÇÃO DO SAMU DIZENDO QUE SOCORREU A VITIMA PARA O HOSPITAL DO AGRESTE E ASSINADA POR TIAGO ACOLI COORDENADOR GERAL DO SAMU REGIONAL DO AGRESTE. ASSIM, O NOTICIANTE DECLAROU TODO ESSE FATO DO ACIDENTE, REGISTRA E ASSINA CONFIRMANDO TUDO O QUE DISSE E PARA O QUE FOR NECESSÁRIO.

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

JOSVALDO FLORENCIO ALVES
 (NOTICIANTE)

B.C. registrado por: HAILTON MAROEL DA SILVA Matrícula: 273489-0





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	077.309.474-12	Jose Edson Florencio da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUPRE Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Jose Edson Florencio da Silva	077.309.474-12	
Profissão:	Número:	Complemento:
Revisor de	800	
Estado:	CEP:	
PE	55130-000	
Cidade:	Tel (DDD):	
São Paulo	(11) 9158-3087	
E-mail:		

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

DADOS CADASTRAIS

RECEITA MENSAL:

☒ ACUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 4044265

(Indicar o dígito se existir) (Indicar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Indicar o dígito se existir) (Indicar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: São Paulo 11/03/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jose Edson Florencio da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

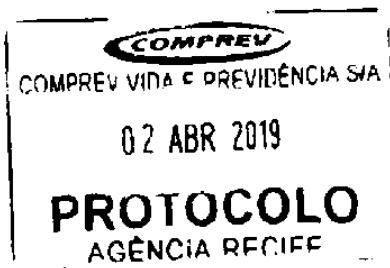
CPF: _____

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

02 ABR 2019

FPS.001 V001/2014

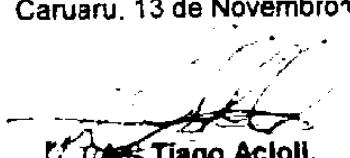


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **JOSÉ EDSON FLORÊNCIO DA SILVA** portador do **CPF-077.309.474-12 e RG - 7.436.086 SDS-PE** que consta nos registros de ocorrências **Nº1811060059** do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo no dia **06/11/2018** às **07h e 06m**, no endereço **SÍTIO JAPECANGA, 4º DISTRITO, CARUARU-PE**, com queixa de **COLISÃO CARRO X MOTO**, tendo sido enviada uma **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportada para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 13 de Novembro de 2018


Tiago Acloli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 13/11/18



Esta declaração foi entregue a Sr^a. **EUDELINIA MARIA DOS SANTOS (TIA)**, portadora do **CPF-012.495.854-06 e RG-6.442.190 SDS-PE**.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	12/04/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000104426-5

Nr. da Autenticação 17042F0DCE1966AE





Nota Fiscal de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 20/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - São Vito - Recife - Pernambuco - CEP 51011-901
CNPJ 10.859.923/0001-04 | INSC. EST. 001943-42 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF do Consumidor

CPF do Consumidor

CLASSIFICAÇÃO
SE RESCATEI
SUA UNIDADE CONSUMIDORA

CODIGO CONTADOR
4012147142
DATA DE VENCIMENTO
24/05/2018

PERÍODO
05/2018
DATA DE VENCIMENTO
18/08/2018

UF DA NOTA FISCAL
PE

TOTAL A PAGAR R\$ 16.50

APROVEITAMENTO
100%

DEMONSTRATIVO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR (R\$)
1.000,00	16,50	16.500,00

DEMONSTRATIVO DE CÔMPOSO DA NOTA FISCAL

UF DO CONSUMIDOR	UF DA FATURA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	UF DO CONSUMIDOR	ALÍQUOTA	QUANTIDADE
PE	PE	05/2018	04/2018	05/2018	PE	100%	1.000,00

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
ENERGIA ELÉTRICA	1.000,00	16,50	16.500,00

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
ENERGIA ELÉTRICA	1.000,00	16,50	16.500,00

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
ENERGIA ELÉTRICA	1.000,00	16,50	16.500,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida pela Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) para os consumidores que utilizam a rede de distribuição de energia elétrica da Companhia. A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida em nome da Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) e não em nome do consumidor. A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida em nome da Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) e não em nome do consumidor. A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida em nome da Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) e não em nome do consumidor.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Se você possui contas em aberto, a CELPE não pode emitir a Nota Fiscal de Energia Elétrica. Para regularizar suas contas, entre em contato com a CELPE pelo telefone 0800 000 0000 ou pelo site www.celpe.com.br.

Se você possui contas em aberto, a CELPE não pode emitir a Nota Fiscal de Energia Elétrica. Para regularizar suas contas, entre em contato com a CELPE pelo telefone 0800 000 0000 ou pelo site www.celpe.com.br.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Se você possui contas em aberto, a CELPE não pode emitir a Nota Fiscal de Energia Elétrica. Para regularizar suas contas, entre em contato com a CELPE pelo telefone 0800 000 0000 ou pelo site www.celpe.com.br.

DATA DE EMISSÃO

05/2018

COMPREV
COMPREV VINE e PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
02 ABR 2019
AGÊNCIA RECEIF



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, JOSIVALDO FLORENÇO ALVES
RG: 8045471, data de expedição 16/05/2018
Órgão SOS/PE, portador do CPF 088.381.224-21, com
domicílio na cidade de SÃO CAETANO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
SÍTIO JAFECANIGA, nº 800
complemento CASA, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Jose Edison Florencio da Silva,
cujo o condutor era Josivaldo Florencio Alves.
Veículo: PAS / MOTOCICLETA

Modelo: HONDA / CG 125 FAN

Ano: 2008

Placa: KHX 9641

Chassi: 9C2FC307U8R134738

Data do Acidente: 06/11/2018

Local e data do cartório: Panamá 06/11/2018



Josivaldo Florencio Alves

Assinatura do Declarante



Josivaldo Florencio Alves

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

COMPREV
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Reconheço por autenticidade a firma de JOSIVALDO FLORENÇO ALVES, dou fé.
Selo: 0073718.ROB1120180200581
Cararu/PE, 06/12/2018 10:34:09. Em testº da verdade
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente
Emul: R\$ 3,59 - TMR: R\$ 0,80 - Total: R\$ 4,39 - Cp: 32





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA
SETOR DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME - HRA

HRA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o paciente

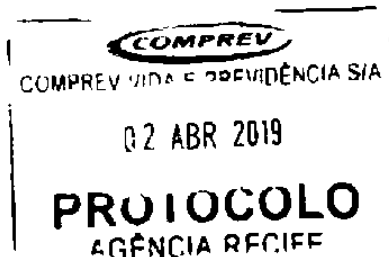
Sr.(a) JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA,

Encontra-se internado, desde o dia 06/11/2018.

(Sem Previsão de Alta)

REGISTRO: 328.391

Diagnostico: FRATURA DA PERNA ESQUERDA



Tratamento: CIRÚRGICO (AGUARDANDO PROCEDIMENTO)

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

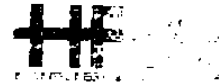
Caruaru, 09 de Novembro de 2018

Rosy Katiely de Souza Cavalcante
Rosy Katiely de Souza Cavalcante

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232 - Km 130 - S/N - Bairro Indianópolis Caruaru - PE - CEP
55.024.000
CNPJ: 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

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

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura _____

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura _____

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadido () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

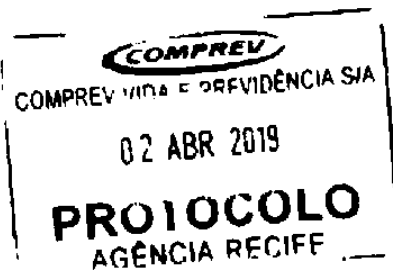
Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

11/6/2018 8:55:09 AM
2 de 2

Usuário do Atendimento
MEYDSONWBC



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE		
Paciente: <i>Carla Lúcia F. Lima</i>	Nº do Registro: <i>20062514460001000000062711224</i>	
Clinica: <i>Ortopedia</i>	Nº do Leito	
Operador: <i>Dr. Oberdan Ribeiro</i>		
1º Assistente	2º Assistente	
Instrumentador	Anestesiologista: <i>Dr. Fernando</i>	
Anestesia: <i>Ketorolaco</i>	Duração	
Data da Operação: <i>02/04/2019</i>	Início	Término
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Lesão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Operação Proposta: <i>Fixação do tendão do L. 1º e 2º</i>		
Operação Realizada		COMPREV COMPREV VISA E OBEVIDÊNCIA S/A 02 ABR 2019
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO PROTOCOLO AGÊNCIA REGISTRO		
<i>(1) Anestesia com L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(2) Incisão entre o 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(3) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(4) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(5) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(6) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(7) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(8) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(9) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(10) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(11) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(12) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(13) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(14) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(15) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(16) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(17) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(18) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(19) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(20) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(21) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(22) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(23) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(24) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(25) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(26) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(27) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(28) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(29) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(30) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(31) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(32) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(33) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(34) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(35) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(36) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(37) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(38) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(39) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(40) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(41) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(42) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(43) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(44) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(45) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(46) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(47) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(48) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(49) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(50) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(51) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(52) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(53) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(54) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(55) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(56) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(57) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(58) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(59) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(60) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(61) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(62) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(63) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(64) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(65) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(66) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(67) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(68) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(69) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(70) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(71) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(72) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(73) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(74) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(75) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(76) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(77) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(78) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(79) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(80) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(81) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(82) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(83) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(84) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(85) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(86) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(87) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(88) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(89) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(90) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(91) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(92) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(93) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(94) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(95) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(96) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(97) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(98) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(99) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		
<i>(100) Incisão do tendão do L. 1º e 2º metacarpais</i>		

Dr. Oberdan Ribeiro
Cirurgia da Mão
CRM-PE 70644



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome da Classificação de Risco - Processo:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

06/11/2018 08:51

Nome Paciente: JOSE EDSON FLORENCO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 04/06/1961
Sexo: Masculino
Idade: 56
Senha: 00064
Convênio:
Atendimento:

06/11/2018 08:50 - CLEDSON FERNANDES DE HORLANDO - COREN 14587 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Classificação:

URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FERIDA EXPOSTA DE TIBIA E FÉCHADA DE TORNOMELO ESQUERDO, SEM MANEJO PREVENTIVO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS TORAX E ABDOMEN LIGEROS.

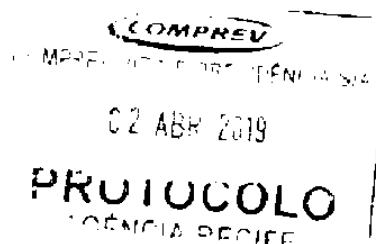
Programa sintoma:

QUEDAS

Distúrbio(s):

Tratamento:

- DOR MODERADA
- HISTÓRIA INAPROPRIADA
- CIRURGIA GERAL



Acolhido(a) por: CLEDSON FERNANDES DE HORLANDO
Data: 06/11/2018 08:51

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



CONTINUA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REPARTIÇÃO DE LICENÇAS

DETAM - PE Nº 01420338982

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEIC	COD RENOVAM	RATIFIC	RECEPC
1	353237157	999999999	0016

NOME

JOSIVALDO DOS SANTOS ALVES

SAO CATALAO - PE	CM - CNA	PLACA	RECEPC
088 321 224-21			

PLACA ANT. UF

90231307000132150

SPONSOR TIPO

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

MAQUINARIA

PE Nº 014203358902		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
RENAVALDO FERNANDES ALVES			
CARA DO CANTARDO-PA		151 - 900	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoreslider.com.br BAC DPVAT 0800 622 1204			
EXERCÍCIO 2021		DATA EMISSÃO 27/04/19	
PLACA 090 221 224-71	DATA 27/04/19	MARCA MODELO B4400 1.7 13V	
RENDAIM 53157571	BR 4400 1.7 13V	MARCA MODELO B4400 1.7 13V	
INS 006	DPVAT 006	MARCA MODELO B4400 1.7 13V	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
INS (R\$)	DECATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	DPVAT (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
SELECÇÃO 1 HORA			
PAGAMENTO		DATA DE CONTABILIZAÇÃO	
☐ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO		

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

JOSIVALDO FLORENCIO ALVES

8045471 RD8 PE

CPF: 088.281.226-21 DATA NASCIM: 14/07/1966

RELACAO: NAO DECLARADO

AREA NERY FLORENCIO NIL VA

PERMISSAO: NAO DATA: 14/12/2012

RESENVACAO: NENHUMA

Josivaldo Florencio Alves

LOCAL: CARUARU, PE DATA EMISSAO: 14/05/2018

17692169202 9849518937

PERNAMBUCO

1566953668

1566953668



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190255071

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Data do acidente: 06/11/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA PROXIMAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190255071

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Data do acidente: 06/11/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA PROXIMAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: PAG.04

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190255071

Vítima: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14138488





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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190255071

Vítima: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

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

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag 01719/01720 - carta_03 - INVALIDEZ

00050860



Carta nº 1414113





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

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190255071

Vítima: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 00000104426-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	077.309.474-12	Jose Edson Florencio da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUPRE Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Jose Edson Florencio da Silva	077.309.474-12	
Profissão:	Número:	Complemento:
Revisor de contas de Iapicema	800	
Estado:	CEP:	
PE	55130-000	
Cidade:	Tel (CDD):	
São Paulo	(02) 9258-3087	
E-mail:		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIA MENSAL:

☒ ACUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 404426 S

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Indicar o dígito se existir) (Indicar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: São Paulo 11/03/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

X Jose Edson Florencio da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

PROTÓCOLO

AGÊNCIA RECIFE

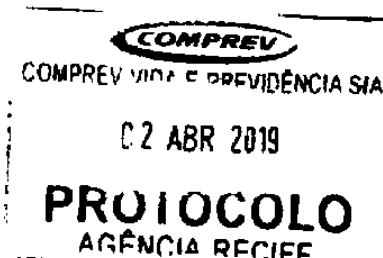
02 ABR 2019

FPS.001 V001/2014



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0045007625**



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/12/2018 às 12:06

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 01/12/2018 às 07:05

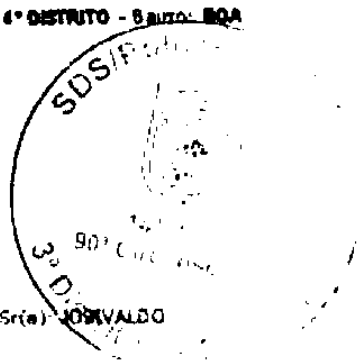
Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, SÍTIO JAPECANGA, 4º DISTRITO - Bairro: BQA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSEVALDO FLORENCIO ALVES (NOTIFICANTE)
JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) JOSEVALDO FLORENCIO ALVES



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

JOSEVALDO FLORENCIO ALVES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA NERY FLORENCIO SILVA Data de Nascimento: 16/7/1988 Naturalidade: SAO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8846471/DSPE (RG), 0833212321 (CPF), 8888387821 (CNPJ) Estado Civil: ANUCCIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 883878882

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, SÍTIO JAPECANGA- 4º DISTRITO- PERTO DO CAMPO DE FUTEBOL - CEP: - Bairro: - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA NERY FLORENCIO SILVA Pai: JOSUEL FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 4/8/1988 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7439996/DSPE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 883878882

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, SÍTIO JAPECANGA- 4º DISTRITO - CEP: - Bairro: - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(s) JOSEVALDO FLORENCIO ALVES, que estava em posse do(a) Sr(a) JOSEVALDO FLORENCIO ALVES

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CB 125 FAN ES Objeto apreendido: Não



Cor: PRETA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KH00841 (PERNAMBUCO/SAO CAETANO) Retenção: 953137457 - Chassi: BC2JC3070BR134736
Origem: Abitação; Modelo: 2008/2008 - Combustível: GASOLINA

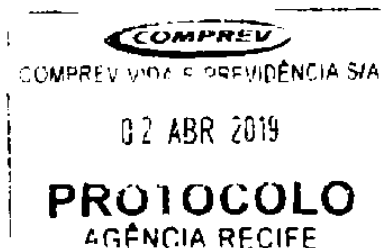
Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DEPOL O NOTICIANTE DIZENDO QUE ESTAVA PROTAGONIZANDO A REFERIDA MOTOCICLETA COM O SEU IRMÃO JOSÉ EDSON FLORENCIO DA SILVA QUANDO UM CARRO AMBA NÃO IDENTIFICADO BATEU NA SUA MOTOCICLETA DE FORMA QUE ELE E A VITIMA CAIU DA MOTOCICLETA E APENAS A VITIMA JOSÉ EDSON FLORENCIO DA SILVA SOFREU FRATURA NA PERNA ESQUERDA E FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU. AQUI NA DEPOL O FATO FOI APRESENTADO HOJE AO DELEGADO DE PLANTÃO O QUAL DISSE QUE PODERIA FAZER ESSE REGISTRO. AQUI NA DEPOL O NOTICIANTE APRESENTOU UMA CÓPIA DE DECLARAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DIZENDO QUE A VITIMA SOFREU FRATURA NA PERNA ESQUERDA E A CÓPIA DE UMA DECLARAÇÃO DO SAMU DIZENDO QUE SOCORREU A VITIMA PARA O HOSPITAL DO AGRESTE E ASSINADA POR TIAGO ACIOLI COORDENADOR GERAL DO SAMU REGIONAL DO AGRESTE. ASSIM, O NOTICIANTE DECLAROU TODO ESSE FATO DO ACIDENTE, REGISTRA E ASSINA CONFIRMANDO TUDO O QUE DISSE E PARA O QUE FOR NECESSÁRIO.

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

JOSVALDO FLORENCIO ALVES
(NOTICIANTE)

H. C. registrado por: HAILTON MANOEL DA SILVA Matrícula: 273489-0





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 077.309.474-12 Nome completo da vítima: José Edson Flebencio da Silva

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

Nome completo: José Edson Flebencio da Silva CPF: 077.309.474-12

Profissão: Recebeu-se de Iapicarama Número: 800 Complemento: _____

Bairro: Nogueira Rural Cidade: São Caetano Estado: PE CEP: 55130-000

E-mail: _____ TIN/CODE: 002.9258-3087

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) 9668-4849

RECEITA MENSAL: ☒ ACUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (301)

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

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 404426 S

(Indicar o dígito se existir)

(Indicar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Indicar o dígito se existir)

(Indicar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

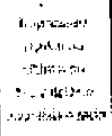
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Gráu de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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



Local e Data: São Caetano 11/03/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

X José Edson Flebencio da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

2º Nome: _____

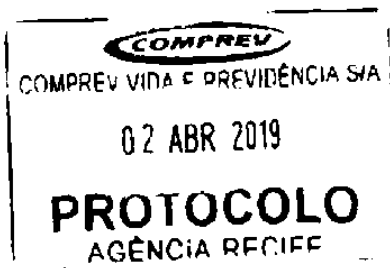
CPF: _____

02 ABR 2019

Assinatura
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu lado, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé pública do teor do formulário, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2014



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **JOSÉ EDSON FLORÊNCIO DA SILVA** portador do **CPF-077.309.474-12** e **RG - 7.435.086 SDS-PE** que consta nos registros de ocorrências **Nº1811060059** do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo no dia **06/11/2018** às **07h e 06m**, no endereço **SÍTIO JAPECANGA, 4º DISTRITO, CARUARU-PE**, com queixa de **COLISÃO CARRO X MOTO**, tendo sido enviada uma **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportada para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 13 de Novembro de 2018


Tiago Acloli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 13/11/18



Esta declaração foi entregue a Sr^a. **EUDELINIA MARIA DOS SANTOS (TIA)**, portadora do **CPF-012.495.854-06** e **RG-6.442.190 SDS-PE**.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000104426-5

Nr. da Autenticação 17042F0DCE1966AE

