



08/05/2023

Número: **0021216-77.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **02/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
132378441	08/05/2023 15:15	2882851_CONTESTACAO_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



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

PROCESSO: 00212167720238172001

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **01/03/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **01/03/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 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.

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



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

DO MÉRITO

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:

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



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

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

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

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

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria 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 ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, conseqüentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização



da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DO MÉRITO

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 pátrios, 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.

DO MÉRITO

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação.

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a 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 do Passeio, 38, Torre 2, 15 andar, Sala 1509/1512 – Centro - CEP:20021-290 – RJ – Rio de Janeiro 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, 5 de maio de 2023.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225



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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **OAB/PE 30225** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO**, em curso perante a **30ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00212167720238172001.

Rio de Janeiro, 5 de maio de 2023.



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

123456

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 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)

⁴ "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).

⁵ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 - Centro - RJ - Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



⁶art.

1º

(...)

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

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/05/2023 15:15:33
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23050815153323900000129321157>
Número do documento: 23050815153323900000129321157

Num. 132378441 - Pág. 9

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/05/2023 15:15:33
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23050815153323900000129321157>
Número do documento: 23050815153323900000129321157



Número: **0021216-77.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **02/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13237 8442	08/05/2023 15:15	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação



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

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190333123

Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

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

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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. 00239/00240 - carta_03 - INVALIDEZ

00060120



Carta nº 14335753





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

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190333123

Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

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 14337020

Pag. 00841/00842 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 04 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190333123

Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01911/01912 - carta_04 - INVALIDEZ

00070956



Carta nº 14409530





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, 11 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200440598

Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01023/01024 - carta_02 - INVALIDEZ

00030512



Carta nº 16394839





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, 30 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200440598

Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: Josias Jose Ribeiro de Carvalho

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001838-4

Conta: 0000027927-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

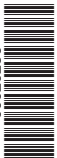
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00577/00578 - carta_15R - INVALIDEZ

00020289





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 041.069.004 - 08	Nome completo da vítima: JOSIAS JOSÉ PEREIRO DE CARVALHO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012		
Nome completo: <u>Josias José Ribeiro de Carvalho</u>	CPF: <u>041-069-004-08</u>	
Profissão: <u>Axiologista</u>	Endereço: <u>Rua Antonio Machado</u>	Número: <u>95</u> Complemento:
Bairro: <u>Parque</u>	Cidade: <u>RECIFE</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>50.630-770</u>
E-mail: <u>Josias Jose 2019 @ QUT Look . Com</u>	Tel.(DDD): <u>81991231262</u>	

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

RENDA MENSAL:	☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$1.001,00 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☒ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)	Nome do BANCO: <u>BANCO DO BRASIL</u>
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: CONTA:	AGÊNCIA: <u>1838</u> <u>4</u> CONTA: <u>27.927</u> <u>7</u>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ 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: ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (vol nascido)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: _____
	Nome: _____
	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: 041.069.004-08

Assinatura: COMPREV
2ª Nome: _____
CPF: _____
Data: 20 MAI 2019
Assinatura: _____

PROTOCOLO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FP.001 V001/2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - TP do acidente ou ASL: 3 - CPF da vítima: 043.069.004-08 4 - Nome completo da vítima: Joias José Ribeiro de Carvalho

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

5 - Nome completo: Joias José Ribeiro de Carvalho 6 - CPF: 043.069.004-08
7 - Estado: Pernambuco 8 - Endereço: Rua Antonio Machado 9 - Número: 95 10 - Complemento:
11 - Bairro: Condore 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.630.770
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anotar uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1838 4 CONTA: 27927 9 (informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.213/91), uma vez que:

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

Solicito a preservação em sigilo dos meus dados e informações do Seguro DPVAT, sob pena de penalização, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, porém, a minha qualidade de segurado médico previdenciário, caso necessário, as regras da Seguradora Líder para verificação de qualificação e quitação da indenização dos benefícios previdenciários dos peritos do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a disposição na Lei nº 11.947/09.

Declaro que esta averbação não se aplica e eu não concordo com a tutela cautelar médica ou remediação ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do meu relatório.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Quilado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou algum herdeiro? ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou algum herdeiro, informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tem filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou algum herdeiro? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima deixou algum herdeiro? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tem irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou algum herdeiro? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer oposição ou contestação poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rigor)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rigor)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rigor)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Olinda, 21 de Outubro de 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ª CIRC DIM/2ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0096001451

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/03/2019 às 17:11

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 1/3/2019 às 10:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CAXANGA, 01 - Bairro: MADALENA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **BCO SANTANDER**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR / AGENTE)
ESTADO (OUTRO)
JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO Pai: JOSÉ RODRIGUES RIBEIRO DE CARVALHO Data de Nascimento: 28/11/1978 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5321137/SOS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Telefones Celulares: - 983014692 - 985914585

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 95, RUA ANTONIO MACHADO - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ESTADO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ESTADO, que estava em posse do(a) Sr(a): ESTADO Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA CAMINHANDO EM VIA PÚBLICA QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, APARECEU UMA PEÇA À SUA FRENTE, QUE FARIA PARTE DE UMA VIATURA DA POLÍCIA MILITAR E QUE



TERIA SE SOLTADO. DIANTE DE TAL SITUAÇÃO E DA SOLICITAÇÃO DOS POLICIAIS QUE ESTAVAM NA CITADA VIATURA PARA QUE O MESMO PEGASSE A PEÇA E A ENTREGASSE AOS MESMOS, A VITIMA, EXERCENDO A SUA EDUCAÇÃO E CIDADANIA, PEGOU A PEÇA E TENTOU ENTREGÁ - LA AOS POLICIAIS, CONTUDO, DE FORMA RÁPIDA E INESPERADA, APARECEU UMA OUTRA VIATURA DE MARCHA À RÉ, QUE O ATINGIU E O JOGOU AO SOLO. ALEGOU O MESMO QUE, APÓS SER ATINGIDO PELA VIATURA, PERMANECER NO LOCAL, SENDO SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS QUE O LEVOU À UPA DA CAXANGÁ ONDE FICOU INTERNADO DURANTE QUASE TODO O DIA NAQUELA UNIDADE HOSPITALAR E SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO
(VITIMA)

Josias José Ribeiro de Carvalho

B.O. registrado por: **JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS**

Jorge Ricardo Freitas dos Santos





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096001451**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/03/2019** às **17:11**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **1/3/2019** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CAXANGA, 01 - Bairro: MADALENA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **BCO SANTANDER**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR / AGENTE /
ESTADO / OUTRO)
JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a) ESTADO

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

JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO** Pai: **JOSÉ RODRIGUES RIBEIRO DE CARVALHO** Data de Nascimento: **29/11/1978** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **5321137/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º, GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **- 983014692**
- 985914585

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 95, RUA ANTONIO MACHADO - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

SUSP (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ESTADO - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) **ESTADO**, que estava em posse do(a) Sr(a) **ESTADO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA CAMINHANDO EM VIA PÚBLICA QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, APARECEU UMA PEÇA À SUA FRENTE, QUE FARIA PARTE DE UMA VIATURA DA POLÍCIA MILITAR E QUE

01/03/2019 17:11



TERIA SE SOLTADO. DIANTE DE TAL SITUAÇÃO E DA SOLICITAÇÃO DOS POLICIAIS QUE ESTAVAM NA CITADA VIATURA PARA QUE O MESMO PEGASSE A PEÇA E A ENTREGASSE AOS MESMOS, A VITIMA, EXERCENDO A SUA EDUCAÇÃO E CIDADANIA, PEGOU A PEÇA E TENTOU ENTREGÁ - LA AOS POLICIAIS. CONTUDO, DE FORMA RÁPIDA E INESPERADA, APARECEU UMA OUTRA VIATURA DE MARCHA À RÉ, QUE O ATINGIU E O JOGOU AO SOLO. ALEGOU O MESMO QUE, APÓS SER ATINGIDO PELA VIATURA, PERMANECU NO LOCAL, SENDO SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS QUE O LEVOU À UPA DA CAXANGÁ ONDE FICOU INTERNADO DURANTE QUASE TODO O DIA NAQUELA UNIDADE HOSPITALAR E SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO
(VITIMA)

Josias José Ribeiro de Carvalho

B.O. registrado por: JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS

Jorge Ricardo Freitas dos Santos





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 041.069.004 - 08	Nome completo da vítima: JOSIAS JOSÉ PEREIRO DE CARVALHO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012		
Nome completo: <u>Josias José Ribeiro de Carvalho</u>	CPF: <u>041-069-004-08</u>	
Profissão: <u>Axiologista</u>	Endereço: <u>Rua Antonio Machado</u>	Número: <u>95</u> Complemento:
Bairro: <u>Parque</u>	Cidade: <u>RECIFE</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>50.630-770</u>
E-mail: <u>Josias Jose 2019 @ QUT Look . Com</u>	Tel.(DDD): <u>81991231262</u>	

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

RENDA MENSAL:	☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$1.001,00 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)	Nome do BANCO: <u>BANCO DO BRASIL</u>
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: CONTA:	AGÊNCIA: <u>1838</u> <u>4</u> CONTA: <u>27.927</u> <u>7</u>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ 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: ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (vol nasci)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado	Local e Data: _____
	Nome: _____
	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: 041.069.004-08

Assinatura: COMPREV
2ª | Nome: _____
CPF: _____
20 MAI 2019
Assinatura

PROTOCOLO

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

FP.001 V001/2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0321204 ou 0800 0321206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Josias José Ribeiro de Carvalho CPF da Vítima: 043.069.004-08 Data do Acidente: 01-03-2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante Legal: _____
E-mail: _____ Telefone (DDD): 1819 8488-7131

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e afecção do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

01 de Outubro de 2020
Local e Data

Josias José Ribeiro de Carvalho
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL 001 0801/2017





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000328 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO, 40 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 5321135 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 041.069.004-08, residente à RUA ANTONIO MACHADO, nº 95, CORDEIRO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 01/03/2019, por volta das 10:48 hs, no endereço: AV. CAXANGÁ, S/N, MADALENA RECIFE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMOVEL SPIN DA PMPE PRATA PDL0197-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO, inscrito sob o CPF nº 041.069.004-08 e Registro Geral nº 5321135, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 718066-7 BRANCO. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário nº 1273676. Ficou aos cuidados do médico FELIPE FRAGOSO, registro 26180. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 12/04/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000328



Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/12/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320044059801
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

BANCO: 001
AGÊNCIA: 01838
CONTA: 000000027927

Número da Autenticação

25D8B77E02DA1BEE





Toda Nota de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.048, de 2006/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
R. 2000 da Santa, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-900
CNPJ 10.838.332/0001-06 (Insc. Est. 5005943-01) | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ISABELLA OLIVEIRA DA COSTA BEZERRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV GAL SAN MARTIN 80 LJA B

CPF 059 585 514-16

CLASSIFICAÇÃO

SE COMERCIAL

CONSUMIDOR

CARACTERÍSTICAS
RECIFE PE
50030-000

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
7027786264 05/2019	27/05/2019 11/06/2019
VALOR DO PAGAMENTO: 216,72	

PERÍODO DE FATORAÇÃO	DATA DE FATORAÇÃO	VALOR DO FATORAÇÃO
05/2019	UNICA	1305/2019
1305/2019	1305/2019	2019051341
		5555249

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

CONSUMIDOR (NOME)	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN
ANTONIO SANDRA AMARELA	236,000000	0,7307467	174,25
CONTO S/Nº PUBLICA MUNICIPAL			1,36
			31,10

TOTAL DA FATURA 216,72

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

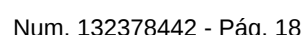
PERÍODO	TIPO DE FATORAÇÃO	DATA	ANTERIOR	LETURA	DATA	ATUAL	LETURA	PERÍODO	CONSUMO	AGENTE	CONSUMO (KWH)
05/2019	SAT	11-05-2019	7-05-19	15-05-2019	7-05-19	15-05-2019	7-05-19	05	1,32000		1,32

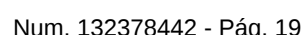
DETALHAMENTO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPARAÇÃO DE CONSUMO	
PERÍODO	VALOR	ICMS	PIB	CONSUMO DE ENERGIA	VALOR
05-19	236	104,07	10,00	Transmissão	55
04-19	234	104,07	10,00	Distribuição	55
03-19	234	104,07	10,00	Perdas de Energia	55
02-19	234	104,07	10,00	Intensidade de Consumo	55
01-19	234	104,07	10,00	Variação de Consumo	55
12-18	234	104,07	10,00	Total	55

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Esta nota fiscal é emitida em conformidade com a Lei 10.048, de 2006, e a Resolução 1.000, de 2009, do Conselho Nacional de Energia Elétrica (CNEE). A nota fiscal é emitida em nome do consumidor e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento de impostos. A nota fiscal é emitida em nome do consumidor e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento de impostos. A nota fiscal é emitida em nome do consumidor e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento de impostos.

DESCRIÇÃO DA PREVISÃO DE CONSUMO		DESCRIÇÃO DA PREVISÃO DE CONSUMO	
PERÍODO	VALOR	PERÍODO	VALOR
05-19	236	04-19	234
04-19	234	03-19	234
03-19	234	02-19	234
02-19	234	01-19	234
01-19	234	12-18	234









Santa Luzia de Energia Elétrica - Cotação por 15 dias de 2024
BILHETE DE COTAÇÃO
COMPANHIA ELÉTRICA DE PERNAMBUCO
Av. João de Barros, 114, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50040-000
CNPJ 15.525.920/0001-04 | Tel: (81) 3339-4000 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

VALÊNIO RIBEIRO DE CARVALHO
RUA ANTÔNIO MACHADO 15

CPF: 071.796.194-79

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

MTM-2024-PROJETO	MTM-2024-PROJETO	MTM-2024-PROJETO
2024/0017	2024/0017	2024/0017
2024/0017	2024/0017	2024/0017
2024/0017	2024/0017	2024/0017

DIREÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTÔNIO MACHADO 15

CODIGO DE BARRAS

RECIFE PE

50030-772

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
28/04/2019	08/05/2019
28/04/2019	08/05/2019
28/04/2019	08/05/2019

DESCRIÇÃO DA MONTA (TÍTULO)	QUANTIDADE	PREÇO UN.	SALDO UN.
Consumo Energia Elétrica	12,000000	8,3457	99,33
Atividade de Manutenção			1,20
Consumo Elétrico - Residência			18,46
Consumo Elétrico - Comércio			0,70
Consumo Elétrico - Indústria			0,70
Consumo Elétrico - Serviços			1,00
Consumo Elétrico - Outros			0,20

TIPO DA MEDIÇÃO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	TIPO DA MEDIÇÃO	CONSUMO (kWh)
Medição	CAI	15/04/2019	0,0000	15/04/2019	0,0000	Medição	15,00

DESCRIÇÃO DO CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UN.	SALDO UN.
Consumo Energia Elétrica	12,000000	8,3457	99,33
Consumo Elétrico - Residência			18,46
Consumo Elétrico - Comércio			0,70
Consumo Elétrico - Indústria			0,70
Consumo Elétrico - Serviços			1,00
Consumo Elétrico - Outros			0,20

Informações importantes para o consumidor: Este documento é emitido automaticamente pelo sistema de cobrança da CELPE. O consumidor deve verificar se as informações estão corretas. Caso contrário, deve entrar em contato com a CELPE para esclarecimentos.

DESCRIÇÃO DO CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UN.	SALDO UN.
Consumo Energia Elétrica	12,000000	8,3457	99,33
Consumo Elétrico - Residência			18,46
Consumo Elétrico - Comércio			0,70
Consumo Elétrico - Indústria			0,70
Consumo Elétrico - Serviços			1,00
Consumo Elétrico - Outros			0,20



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ISABELLA CUNHA DA COSTA REZEA inscrito (a) no CPF/CNPJ 059.585.574 / 16
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSIAS JOVÉ PIRES DE CARVALHO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 044.069.004 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura INVALEZ da Vítima
Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>AV. GENERAL SAN MARTIN</u>		Número <u>50</u>	Complemento <u>LOJA B</u>
Bairro <u>CORDEIRO</u>	Cidade <u>RECIFE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50.630-060</u>
Email <u>anabellaccb@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81 3035 3281</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 997745596</u>

Recife 13 de maio de 2019
Local e Data

Isabella Cunha Costa Reza
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: FELIPESF
Em: 01/03/2019 12:34

Prescrição.: 102247 Data: 01/03/2019 12:33

Usuário.: FELIPESF

Atendimento: 1273676 Dt Nasc: 29/11/1978 (40a 3m 1d)

Convênio.: SUB - AMBULATORIO

Paciente.: 416605 - JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Peso.: Altura: Sup. Corporal:

Internação.: 01/03/2019 11:40 0 Dias(s) Int

Médico.: FELIPE SILVA FRAGOSO - CRM 26180

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: Cido.:

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: PIII

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: NÃO URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA URGÊNCIA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DAPIRONA SODICA SOL 1G/2ML	1	AMPOLA COM 2		IM	1 X DIA	01/03/19
2 CETOPROFENO 100MG 2ML IM	1	AMPOLA COM 2		IM	1 X DIA	01/03/19
PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 SUTURA + CURATIVO	1				1 X DIA	

Dr. Felipe Fragoso
CRM 26180

FELIPE SILVA FRAGOSO
CRM 26180



MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-03-01 11:35:01

Nome Paciente:	JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Cód. Paciente:	416605
Data de Nascimento:	29/11/1978
Sexo:	Masculino
Idade:	40
Senha:	CG0076
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1273676
SAME:	

Período: 2019-03-01 11:35:01 - 2019-03-01 11:39:01

Prioridade:	NÃO URGENTE
Cor:	VERDE
Queixa Principal:	PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO, APOS ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA. OCORRENCIA: 1230977. APRESENTANDO LESAO EM MSD E ESCORIAÇÕES. NEGA SINCOPE OU EMESE. DOR EM REGIAO LOMBAR.
Observação:	HAS- DM- HGT- PESO
Fluxograma sintoma:	TRAUMA LEVE
Discriminador(es):	- DOR LEVE - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- ESCALA DE GLASGOW: 15 - REGUA DE DOR: 4 - CAPNOGRAFIA: 97.00 % - FREQUENCIA CARDIACA: 71.00 BPM - P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG - P.A. DISTOLICA: 80.00 MM/HG - TEMPERATURA(C): 36.00 C°



Acolhido(s) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 2019-04-17 08:52:07

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 416605-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Sexo: MASCULINO
Contatos: 81-983014692

Idade: 40a 4m
Nascimento: 29/11/1978

Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO

Endereço: RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO
- RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019

Prontuário: 00416605

Nº Atendimento: 01273676

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

TRAZIDO PELOS BOMBEIROS COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO.
QUEIXA-SE DE DOR EM MSD E EM QUADRIL DIREITO

EXAME FÍSICO:

EGS, COTE
FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM BRACO DIREITO DE APROXIMADAMENTE 4CM.
DOR LEVE EM QUADRIL DIREITO A MOBILIZAÇÃO.
SEM ENCURTAMENTO OU DESVIO DE MEMBRO.

DIAGNÓSTICO:

POLITRAUMA



UPA24h
CAXANGÁ
Dr. Audaci de Azevedo
Coord. Médico
CRM: 11727

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980380 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9787633000609





Nome:
416605-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Sexo:
MASCULINO
Contatos:
/ 81-983014692

Idade:
40a 4m
Nascimento:
29/11/1978

Mãe:
VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO

Endereço:
RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO
- RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019
Prontuário: 00416605
Nº Atendimento: 01273676
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

Conduta:

- 1) RETIRO COLAR CERVICAL
- 2) SOL SUTURA



FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980560 / FONE: 81-31844365 / CGC: 9767633000609





UPAZA I
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Maria Lucinda
Pública - Município de São Paulo

CPF: 6505-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

PROFI: ASCULINO

Endereço: ALDETE RIBEIRO DE CARVALHO

Idade: 40a 3m 1d
Nascimento: 29/11/1978

Contatos: / 81-983014692

Endereço:

RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO
- RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019

Prontuário: 00416605

Nº Atendimento: 01273676

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

DADOS DO EMITENTE

MÉDICO: FELIPE SILVA FRAGOSO

CRM: 26180

DATA

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA FARMÁCIA

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

- 1) DIPIRONA 1G ---- 01CX
01CP 6/6H SE DOR
- 2) PACO ----- 01CX
01CP 6/6H SE DOR INTENSA

RECIFE - PE

RAIA DROGASIL S/A
Cordão - CEP: 50830-060
61.585.865/1895-25

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

IDENT:

END: RUA ANTONIO MACHADO

CIDADE:

FONE:

ÓRG. EMISSOR:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ilva Mª Gomes de Sousa
Farmacêutica
CRM-PE 4811

ASSINATURA FARMACÊUTICA

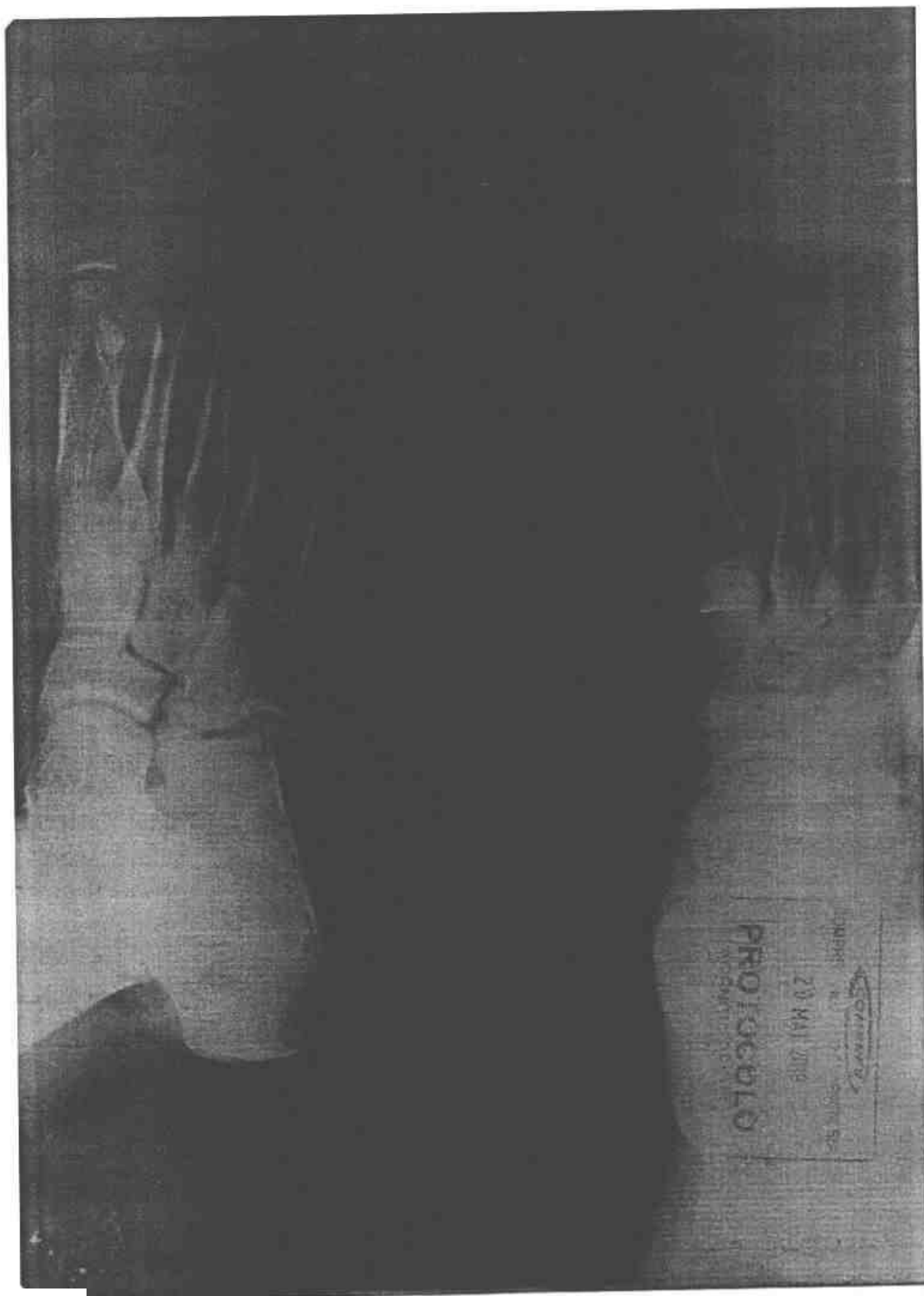
DATA 04/03/18

ASSINATURA E CARIMBO

COMPREV
COMPR. IDA - FARMÁCIA S/A
20 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CUC: 9767633000609







Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Prontuário: 00020936

Data de Nascimento: 29/11/1978

Idade: 40a 5m 7d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

SOLICITO

RX DO PE ESQUERDO (AP E OBLIQUO)

NO 020714 1057119.



Antônio Carlos
Cordeiro
Ram 22186

Recife, 07 DE MAIO DE 2019

JADER WANDERLEY BARROS E SILVA FILHO - CRM: Nº.10857

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Prontuário: 00020936

Data de Nascimento: 29/11/1978

Idade: 40a Sm 7d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

SOLICITO

RETIRADA DE BOTA GESSADA NO DIA 14 /05 /19

COMPRESA
COMPRESA
20 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE
Antônio Cesar
Oliveira
Recife, 07 DE MAIO DE 2019

JADER WANDERLEY BARROS E SILVA FILHO - CRM: Nº.10897

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martín, S/N - Cordelro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o(a) Sr.(a) Leandro

da Silva necessita de 40

08 dias de

afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: S92.3

R6V

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

07/05/19

LOCALIDADE E DATA

Dr. Jader Wanderley

Ortopedia / Cir. do Pe

CRM - 10897 RQE 5376

Assinatura do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martin s/n - Candeias

Recife/PE - CEP 50.530-060

Fone: (81) 31843600

HGV 1017 v. 1 2013

COMPRESO
10

20 MAI 2019

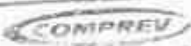
PROTOCOLO
AGENCIA RECIFE



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		RECEITUÁRIO	
NOME COMPLETO: <i>João Carlos da Silva</i>			
IDADE: <i>47</i>		SEXO: F ☐ M ☒	
<i>Paciente portador de fratura da mão no quinto metacarpo no esforço. Clavado Refere-se para o tratamento e 30 dias C117592</i> <i>19/03/19</i> Dr. Jader Wanderley Ortopedia / Cir. do Pé CRM - 10897 RQE 5376			

Avenida General San Martin s/n - Jardim
 Recife/PE - CEP 50.830-000
 Fone: (0800) 3184500

HGV 1002 V 1 2013.

 COMPREV 20 MAI 2019 PROTOCOLO CONCIA RECIFE
--





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO:

F ☐

M ☒

La gente portadora
de suéter da mãe
no genitor. Refere-se
no aspecto. Clavado
Refere-se para
luz. 30 dias. C117592

19/03/19

Dr. Jader Wanderley
Ortopedia / Cir. do Pé
CRM - 10897 RQE 5376

HGV.1002.V.1.2013.

Avenida General San Martín s/n - Candeio
Recife/PE - CEP 50.630-000
Fone: (0XX) 81 31845800

Digitalizado com CamScanner





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr.(a) JOHANNES J.

A. B. G. CORDEIRO 40

ANOS, necessita de 08

(08/10) dias de

afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo
de doença.

CID: S92.3

R. B. V.

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

07/05/19

LOCALIDADE E DATA

Dr. Jader Wanderley
Ortopedia / Cir. do Pé
CRM - 10897 RQE 5376

Assinatura do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro

Recife/PE - CEP 50.630-060

HGV 1017 V 1 2013

Fone: 0XX 81 31845600

Digitalizado com CamScanner





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO:

F

M

Artrite

*Grupo
de coluna*

25/06/19

Dr. Jader Wanderley
Ortopedia / Cir. do Pe.
CRM - 10897 RQE 5376

Avenida General San Martin s/n - Cordão
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX 81 31845600

HGV.1002.V 1 2013.

Digitalizado com CamScanner





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Prontuário: 00020936

Data de Nascimento 29/11/1978

Idade: 40a 5m 7d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

SOLICITO

Rx DO PE ESQUERDO (AP E OBLIQUO)

NO 07/14/05/11/19

Antônio Carlos
Cordeiro
Ram 22186

Recibo: 07 DE MAIO DE 2019

JADER WANDERLEY BARROS E SILVA FILHO - CRM: Nº.10897

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

Digitalizado com CamScanner



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-03-01 11:35:01

Nome Paciente:	JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Cód. Paciente:	416605
Data de Nascimento:	29/11/1978
Sexo:	Masculino
Idade:	40
Senha:	CG0076
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1273676 
SAME:	

Período: 2019-03-01 11:35:01 - 2019-03-01 11:39:01

Prioridade: **NÃO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO, APOS ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA. OCORRENCIA: 1230977, APRESENTANDO LESAO EM MSD E ESCORIAÇÕES. NEGA SINCOPE OU EMESE. DOR EM REGIAO LOMBAR.

Observação: HAS-
DM-
HGT-
PESO

Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE

Discriminador(es): - DOR LEVE
- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15
- REGUA DE DOR: 4
- CAPNOGRAFIA: 97.00 %
- FREQUENCIA CARDIACA: 71.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-03-01 15:41:48

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Digitalizado com CamScanner





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 416805-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO Idade: 40a 3m 1d Nascimento: 29/11/1978
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-983014692
Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO Endereço: RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019
Prontuário: 00416605
Nº Atendimento: 01273676
Serviço: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA
Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

RX PE ESQ: FRATURA DE BASE DE 5ª FMTTE SEM DESVIO.
SUTURA REALIZADA SEM INTERCORRENCIAS.

- 1) GESSO BOTA
- 2) ANAGELIA
- 3) AO AMBULATORIO

FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609

Digitalizado com CamScanner



Prescrição: 102247 Data: 01/03/2019 12:33
Usuário: FELIPESF
Atendimento: 1273876 Dt Nasc: 29/11/1976 (40a 3m 1d)
Convênio: SUS - AMBULATORIO
Paciente: 416605 - JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Peso: Altura: Sup. Corporal:
Internação: 01/03/2019 11:40 0 Dias(s) Int
Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO - CRM 28180
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int: Leito: Cobertura:
Cid: Cidlo: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: PIII

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: NÃO URGENTE

PRESCRIÇÃO MEDICA URGENCIA

MEDICAMENTOS						
	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Datas/Horários
1 DAPIRONA SODICA SOL 1G/2ML	1	AMPOLA COM 2		IM	1 X DIA	01/03/19
2 CETOPROFENO 100MG 2ML IM	1	AMPOLA COM 2		IM	1 X DIA	01/03/19
PROCEDIMENTOS MEDICOS						
	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Datas/Horários
3 SUTURA + CURATIVO	1				1 X DIA	

SO
ESE
REMEDIO

Dr. Felipe Frágoso
FELIPE SILVA FRAGOSO
CRM 28180





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 416805-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Sexo: Masculino
Contatos: 81-983014692

Idade: 40a 4m
Nascimento: 29/11/1978

Data do Atendimento: 01/03/2019

Prontuário: 00416605

Nº Atendimento: 01273676

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO

Endereço: RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO
- RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: N° 26180

REGISTRO CLÍNICO

QPO/HDA:

TRAZIDO PELOS BOMBEIROS COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO.
QUEIXA-SE DE DOR EM MSD E EM QUADRIL DIREITO

EXAME FÍSICO:

ECG, COTE
FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM BRACO DIREITO DE APROXIMADAMENTE 4CM.
DOR LEVE EM QUADRIL DIREITO A MOBILIZAÇÃO,
SEM ENCURTAMENTO OU DESVIO DE MEMBRO.

DIAGNÓSTICO:

POLITRAUMA

UPA24h
PA CAXANGÁ E.A.H.
Isaude Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11727

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609

Digitalizado com CamScanner





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 416605-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Idade: 40a 4m Nascimento: 29/11/1978
Sexo: MASCULINO Contato: 81-983014692
Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO
Endereço: RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO
- RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019
Prontuário: 00416605
Nº Atendimento: 01273676
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

RX PE ESQ: FRATURA DE BASE DE 5ª FALANGE SEM DESVIO.
SUTURA REALIZADA SEM INTERCORRENCIAS.
CD:
E) GESSO BOTA
E) ANALGESIA
E) AO AMBULATORIO

UPA24h
UPA CAXANGÁ 24h
Dr. Felipe Vaz Fragoso
CRM: 26180
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844365 / CGC: 9767633000609

Digitalizado com CamScanner



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-03-01 11:35:01

Nome Paciente:	JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Cód. Paciente:	416605
Data de Nascimento:	29/11/1978
Sexo:	Masculino
Idade:	40
Senha:	CG0076
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1273676 
SAME:	

Período: 2019-03-01 11:35:01 - 2019-03-01 11:39:01

Prioridade: **NÃO URGENTE**

Cór:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO, APOS ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA.
OCORRENCIA: 1230977. APRESENTANDO LESÃO EM MSD E ESCORIAÇÕES. NEGA
SINCOPE OU EMESE.
DOR EM REGIÃO LOMBAR.

Observação: HAS-
DM-
HGT-
PESO

Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE

Discriminador(es): - DOR LEVE
- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15
- REGUA DE DOR: 4
- CAPNOGRAFIA: 97.00 %
- FREQUENCIA CARDIACA: 71.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-04-17 08:52:07

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Digitalizado com CamScanner





Nome: 416605-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO Idade: 40a 3m 1d Nascimento: 29/11/1978
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-983014692

Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO Endereço: RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019

Prontuário: 00416605

Nº Atendimento: 01273676

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

ATESTADO MÉDICO

DE ACORDO COM A LEI Nº 605, DE 5 DE JANEIRO DE 1949, ART. 6º, LETRA F, ATESTO QUE

o Sr.(a): JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

RG DE Nº: 5321135

ÓRGÃO EMISSOR: SDSPE

CPF NÚMERO:

FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE NO DIA 01/03/2019

- ☒ NECESSITANDO DE 15 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES (NO TRABALHO OU ESCOLA), CID-10
- ☐ ESTANDO APTO PARA VOLTAR AS ATIVIDADES
- ☐ OUTROS:

RECIPE:

SEXTA-FEIRA, 01 DE MARÇO DE 2019

às 14:48 HS.

Prestador: FELIPE SILVA FRAGOSO

CRM: 26180

AUTORIZAÇÃO

Eu, JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO,

autorizo a registrar o diagnóstico codificado CID-10

Assinatura do Paciente ou Responsável





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **041.069.004-08**

Nome: **JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO**

Data de Nascimento: **29/11/1978**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **28/01/2000**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:00:51** do dia **20/05/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **A63B.2EB8.C890.988E**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **059.585.574-16**

Nome: **ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA**

Data de Nascimento: **20/08/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/05/2003**

Digito Verificador: **00**

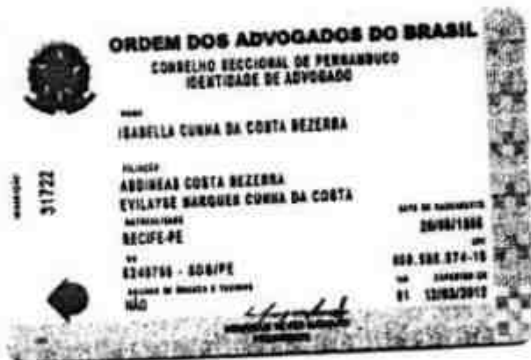
Comprovante emitido às: **14:46:48** do dia **20/05/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **637D.7D47.A87C.235A**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)







Digitalizado com CamScanner



LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200440598

Nome do(a) Examinado(a): Josias Jose Ribeiro de Carvalho

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Machado, 95, , Recife/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 5321135

Data e local do acidente: 01/03/2019 - Recife/PE

Data e local do exame: 17/12/2020 - Recife/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05634 , longitude: -34.8981

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

fratura de 5 metatarso esquerdo

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

imobilização gessada, não fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta em 25/06/19.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 15°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha normal, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 25°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

limitação de grau leve do pé esquerdo, com bloqueio articular.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.



Pé Esquerdo - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Leonardo Neves
OAB 17.742



**CENTRO INTEGRADO DE OPERAÇÕES DE DEFESA SOCIAL****CERTIDÃO**

Nº 44/2019

Declaro para os devidos fins, e por ter sido solicitado pelo(a) Sr(a) JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO, CPF: 04106900408, RG: 5321135, residente na RUA ANTÔNIO MACHADO, 95, - CORDEIRO - RECIFE/PE, que após buscas no Comprovante de Ocorrências foi encontrado o registro que segue:

B1230972

Nome do solicitante: SD ALAN MARTINS MATRIC. 110125-0 PATRI 510217
Endereço: AV CAXANGA - MADALENA - RECIFE
Ponto de Referência: EM FRENTE AO COLEGIO DE FORMAÇÃO INTEGRAL
Natureza: ATROPELAMENTO
Atendido em: 01/03/2019 10:37:08
Finalizado em: // -
Viatura(s): AR 827, MR CMAN, GT13203, GT13000
Comentários da ocorrência:

RELATA QUE FOI PEGAR UMA VIATURA NA OFICINA PATRIMONIO 510217 ONDE ATROPELOU UM TRASEUNTE, CORTOU O BRAÇO ESTÁ SENTIDNO DORES NAS COSTAS

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE TRANSITO LOCAL

BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

Ocorrência Duplicada: Solicitante = CB RANGEL MAT 110420-9, Fpne = 81 983142563,
Ocorrência = M10343875 D625971

** Dados do veículo inseridos automaticamente pelo sistema:

** PDL0197,CITYLOC,CHEV/SPIN 1.8L MT LS

E,PRATA,2018,RECIFE,PE,9BGJG7520JB125877,100,AL. FID. BRADESCO ADMINISTRADORA DE

CONS REST IPVA LEI 10849/92 PROCESSO DE LACRAÇÃO NAO CONCLUIDO PENDÊNCIA INSTALAÇÃO PLACA/TARJETA/LACRE

CB RANGEL ESTAVA CONDUZINDO A VIATURA DE PATRIMONIO 510217 QUE ESTAVA NA OFICINA

E SEGUINDO PARA O BATALHAO DO 13º BPM QUANDO APÓS DAR UMA RÉ BATEU EM UM

TRANSEUNTE.

VITIMA SE ENCONTRA CONSCIENTE, SEM SANGRAMENTO E FRATURAS, APENAS LEVES

ESCORIAÇÕES MAS O SAMU JA SE ENCONTRA NO LOCAL.

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE TRANSITO LOCAL

Fim de dados de Ocorrências Duplicadas



20 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

GT13203

CMT INFORMOU QUE ESTEVE NO LOCAL

B

BBBBBBBBBBBBBB

Ocorrência Duplicada: Solicitante = CB RANGEL MAT 110420-9, Fone = 81 983142563,

Ocorrência = M10343965 B1230999 M10343875 D625971

** Dados do veículo inseridos automaticamente pelo sistema:

** PDL0197,CITYLOC,CHEV/SPIN 1.8L MT LS

E,PRATA,2018,RECIFE,PE,9BGJG7520JB125877,100,AL. FID. BRADESCO

ADMINISTRADORA DE

CONS REST IPVA LEI 10849/92 PROCESSO DE LACRAÇÃO NAO CONCLUIDO PENDÊNCIA
INSTALAÇÃO PLACA/TARJETA/LACRECB RANGEL ESTAVA CONDUZINDO A VIATURA DE PATRIMONIO 510217 QUE ESTAVA NA
OFICINAE SEGUINDO PARA O BATALHAO DO 13º BPM QUANDO APÓS DAR UMA RÉ BATEU EM
UM

TRANSEUNTE.

VITIMA SE ENCONTRA CONSCIENTE, SEM SANGRAMENTO E FRATURAS, APENAS
LEVES

ESCORIAÇÕES MAS O SAMU JA SE ENCONTRA NO LOCAL.

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE
TRANSITO

LOCAL

NÃO AFETO À PMPE

Fim de dados de Ocorrências Duplicadas

VITIMA, JOSIAS JOSE RIBEIRO MELO, 40 ANOS, RG. 5321135 SDS/PE, SOCORRIDA PELO

SAMU VTR BASICA 2 RECIFE SOCORRISTAS, ALDO E JOSIVAN, SEGUNDO OS

SOCORRISTAS A

VITIMA NÃO COLABOROU COM A ASSISTENCIA DELES, CONDUZIDO A UPA DE OLINDA

CTTU NO LOCAL SOLICITANDO O IC NO LOCAL

GT13203 EM APOIO

Z=

IC NO LOCAL

PERITO: ANDRÉ AMARAL, MAT 212335-5 VTR LP 014

FINALIZADO AS 14:10

Ocorrência Duplicada: Solicitante = CB RANGEL MAT 110420-9, Fone = 81 983142563,

Ocorrência = M10343965 B1230999 M10343875 D625971

** Dados do veículo inseridos automaticamente pelo sistema:

** PDL0197,CITYLOC,CHEV/SPIN 1.8L MT LS

E,PRATA,2018,RECIFE,PE,9BGJG7520JB125877,100,AL. FID. BRADESCO

ADMINISTRADORA DE

CONS REST IPVA LEI 10849/92 PROCESSO DE LACRAÇÃO NAO CONCLUIDO PENDÊNCIA
INSTALAÇÃO PLACA/TARJETA/LACRECB RANGEL ESTAVA CONDUZINDO A VIATURA DE PATRIMONIO 510217 QUE ESTAVA NA
OFICINAE SEGUINDO PARA O BATALHAO DO 13º BPM QUANDO APÓS DAR UMA RÉ BATEU EM
UM

TRANSEUNTE.

VITIMA SE ENCONTRA CONSCIENTE, SEM SANGRAMENTO E FRATURAS, APENAS
LEVES

ESCORIAÇÕES MAS O SAMU JA SE ENCONTRA NO LOCAL.

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE
TRANSITO

LOCAL

NÃO AFETO À PMPE

Shanku

GGPOC: IC/BASE CIENTE ÀS 12:35 HS.

Ocorrência Duplicada: Solicitante = SD ALAN MARTINS MATRIC. 110125-0 PATRI
RELATA QUE FOI PEGAR UMA VIATURA NA OFICINA PATRIMONIO 510217 ONDE
ATROPELOU UM

510217, Fone = 81 986159751, Ocorrência = M10343970 M10343843 B1230972 D625968
TRANSEUNTE, CORTOU O BRAÇO ESTÁ SENTIDNO DORES NAS COSTAS

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE
TRANSITO
LOCAL

BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

Ocorrência Duplicada: Solicitante = CB RANGEL MAT 110420-9, Fone = 81 983142563,

** Dados do veículo inseridos automaticamente pelo sistema:

** PDL0197,CITYLOC,CHEV/SPIN 1.8L MT LS

Ocorrência = M10343875 D625971

E, PRATA, 2018, RECIFE, PE, 9BGJG7520JB125877, 100, AL. FID. BRADESCO

ADMINISTRADORA DE

CONS REST IPVA LEI 10849/92 PROCESSO DE LACRACAO NAO CONCLUIDO PENDÊNCIA

INSTALAÇÃO PLACA/TARJETA/LACRE

CB RANGEL ESTAVA CONDUZINDO A VIATURA DE PATRIMONIO 510217 QUE ESTAVA NA
OFICINA

E SEGUINDO PARA O BATALHAO DO 13º BPM QUANDO APÓS DAR UMA RÉ BATEU EM
UM

TRANSEUNTE.

VITIMA SE ENCONTRA CONSCIENTE, SEM SANGRAMENTO E FRATURAS, APENAS

LEVES

ESCORIAÇÕES MAS O SAMU JA SE ENCONTRA NO LOCAL.

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE
TRANSITO

LOCAL

Fim de dados de Ocorrências Duplicadas

GT13203

CMT INFORMOU QUE ESTEVE NO LOCAL

BBBBBBBBBBBBBBBB

Ocorrência Duplicada: Solicitante = CB RANGEL MAT 110420-9, Fone = 81 983142563,

** Dados do veículo inseridos automaticamente pelo sistema:

Ocorrência = M10343965 B1230999 M10343875 D625971

** PDL0197,CITYLOC,CHEV/SPIN 1.8L MT LS

E, PRATA, 2018, RECIFE, PE, 9BGJG7520JB125877, 100, AL. FID. BRADESCO

ADMINISTRADORA DE

CONS REST IPVA LEI 10849/92 PROCESSO DE LACRACAO NAO CONCLUIDO PENDÊNCIA

INSTALAÇÃO PLACA/TARJETA/LACRE

CB RANGEL ESTAVA CONDUZINDO A VIATURA DE PATRIMONIO 510217 QUE ESTAVA NA
OFICINA

E SEGUINDO PARA O BATALHAO DO 13º BPM QUANDO APÓS DAR UMA RÉ BATEU EM
UM

TRANSEUNTE.

VITIMA SE ENCONTRA CONSCIENTE, SEM SANGRAMENTO E FRATURAS, APENAS

LEVES

ESCORIAÇÕES MAS O SAMU JA SE ENCONTRA NO LOCAL.

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE
TRANSITO

LOCAL

NÃO AFETO À PMPE

Fim de dados de Ocorrências Duplicadas

VÍTIMA, JOSIAS JOSE RIBEIRO MELO, 40 ANOS, RG. 5321135 SDS/PE, SOCORRIDA PELO

SAMU VTR BASICA 2 RECIFE SOCORRISTAS, ALDO E JOSIVAN, SEGUNDO OS



25/03/2019

portal.sds.pe.gov.br:52258/ciodesmvo/Certidao/Certidao/ExibirCertidao/44_2019

SOCORRISTAS A
VÍTIMA NÃO COLABOROU COM A ASSISTENCIA DELES, CONDUZIDO A UPA DE OLINDA

CTTU NO LOCAL SOLICITANDO O IC NO LOCAL

GT13203 EM APOIO

Fim de dados de Ocorrências Duplicadas

Supervisor instructed

GGPOC: IC/BASE EM QRD AO LOCAL DA QTC ÀS 12:55 HS.

GGPOC: IC BASE INFORMA A CHEGADA NO LOCAL ÀS 13:01 H.

Fim de dados de Ocorrências Duplicadas

GT13000 ESTEVE NO LOCAL

** Event M10343970 transferred from PMPE/2BPM to PMPE/13BPM as M10343970 at 01/03/2019
14:38:23

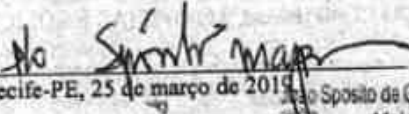
OCOR. DUPLA M10343843

RETIFICANDO O NOME DA VÍTIMA: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO RG : 5321135

CPF :

041069004-08

E por mais nada haver, vai assinada por mim, Cel RRPB PAULO ROBERTO CABRAL
DA SILVA, MAT 1867-8, Gerente Geral do CIODS.


Recife-PE, 25 de março de 2019

João Sposito de Oliveira Junior
Maj QOPM
Mat. 940241-1

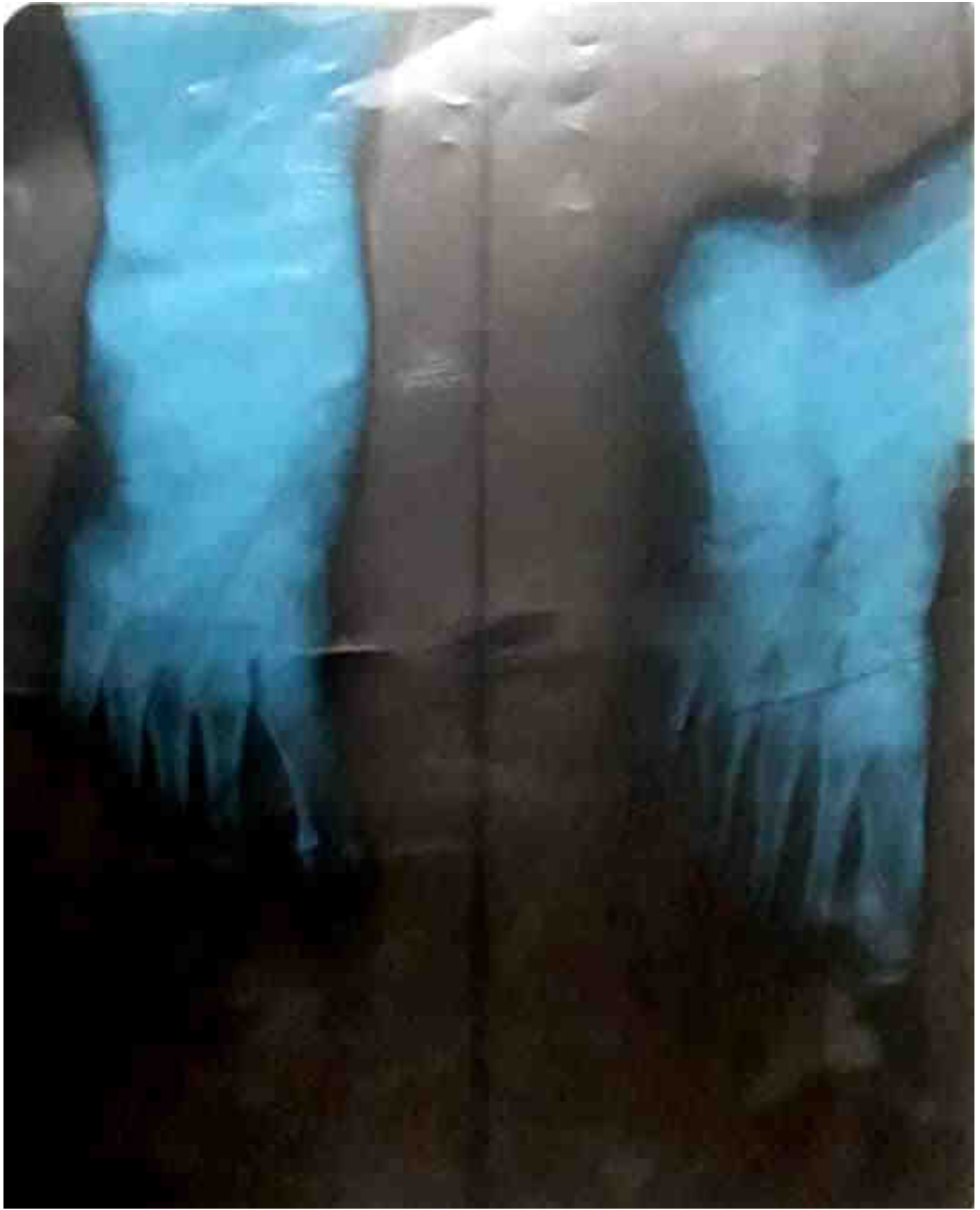
A descrição do fato contida neste documento refere-se, tão somente, às informações repassadas
pelo solicitante por ocasião da denúncia.

COMPREV
COMPROMISSO DE PROTEÇÃO SIA
20 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

portal.sds.pe.gov.br:52258/ciodesmvo/Certidao/Certidao/ExibirCertidao/44_2019

4/4





Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/05/2023 15:15:33
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23050815153356000000129321158>
Número do documento: 23050815153356000000129321158

Num. 132378442 - Pág. 54





Digitizado com CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200440598 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura de 5 metatarso esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 15°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha normal, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsosfalangeana aos 25°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador, imobilização gessada, não fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta em 25/06/19

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/12/2020

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: o exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais no pé esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200440598 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura de 5 metatarso esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 15°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha normal, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsosfalangeana aos 25°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador, imobilização gessada, não fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta em 25/06/19

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/12/2020

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: o exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais no pé esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200440598 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO BRAÇO DIREITO. P.8
FRATURA NO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO. P.6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1-3(OUTROS)? / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200440598 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO BRAÇO DIREITO. P.8
FRATURA NO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO. P.6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1-3(OUTROS)? / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190333123 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO BRAÇO DIREITO.
FRATURA NO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES. P.8
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190333123 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO BRAÇO DIREITO.
FRATURA NO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES. P.8
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





ASSESSORIA E CONSULTORIA JURÍDICA
Advocacia Previdenciária

OUTORGANTE: JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, auxiliar de portaria, portador da carteira de identidade 5.321.135 SDS/PE e inscrito sobre o CPF/MF nº 041.069.004-08, residente e domiciliado Rua Antônio Machado, nº 95, Cordeiro, Recife/PE, CEP: 50.630-770.

OUTORGADOS: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 31.722, portadora da cédula de identidade nº 6240755 SDS/PE, inscrita no CPF/MF sob nº 059.585.574-16, **ABDINÉAS DA COSTA BEZERRA JÚNIOR**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE 30.852, portador da cédula de identidade nº 6965124 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob nº 064.721.864-05 e **DANIELLE DA COSTA BEZERRA RAPOSO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE 37.986, portadora da cédula de identidade nº 5536686 SD/PE, inscrita no CPF/MF sob nº 024.317.294-00, todos com endereço profissional à Av. General San Martin, nº 80, Cordeiro, Recife/PE, CEP 50630-060, local onde receberão as intimações e notificações de estilo.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

DECLARAÇÃO: O (A) OUTORGANTE, não tenho condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio ou da família, declara-se pobre na forma da Lei 1.060/50 e suas alterações, assumindo a responsabilidade ora aqui declarada, inclusive penal, cível e administrativamente.

Recife, 09 de maio de 2019.

MANDEI

Josias José Ribeiro de Carvalho

JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168666/19

Número do Sinistro: 3190333123

Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

CPF: 041.069.004-08

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 01/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO : 041.069.004-08

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/05/2019
Nome: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA
CPF: 059.585.574-16

ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168666/19
Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
CPF: 041.069.004-08
CPF de: Próprio
Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS
Data do acidente: 01/03/2019
Titular do CPF: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA : 059.585.574-16

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

JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO : 041.069.004-08

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/05/2019
Nome: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA
CPF: 059.585.574-16

ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0351365/20

Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho

CPF: 041.069.004-08

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/03/2019

Titular do CPF: Josias Jose Ribeiro de Carvalho

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Josias Jose Ribeiro de Carvalho : 041.069.004-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

