

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170434962 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALEXANDRE COSTA DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ALEXANDRE COSTA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 02088489401



Posição em 09-10-2017 20:18:44

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
25/08/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

ACESSIBILIDADE

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A ●

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documento Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Pague-Seguro.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx>)

Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 62ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DEPO-0160
DIVISÃO DE PDC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17.760.112-00037537

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/04/2018 às 13h11.

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Quiloso / Consumado e Intermediário - 1127007740000

LOCAL DO FATO: BAIRRO DE CACIMBA - BAIRRO 1, PEIXINHOS - CACIMBA - PERNAMBUCO BRASIL
TIPO DE VIA: VIA PUBLICA

Se a vítima estiver em movimento

Se a vítima estiver em movimento

Se a vítima estiver em movimento

Se a vítima estiver em movimento

Se a vítima estiver em movimento

DESCRIÇÃO DO FATO: Ocorrência de acidente de trânsito, com vítima não fatal, consumado e intermediário, ocorrido no bairro de Cacimba, Peixinhos, Pernambuco, Brasil.

ALEXANDRE COSTA DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, branco, masculino, nascido em 28/2/1975, filho de JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS e MARIA DO CARMO DOS SANTOS, residente e domiciliado no bairro de Cacimba, Peixinhos, Pernambuco, Brasil, endereço: Rua 100, CEP: 55000-000, Bairro Cacimba, Peixinhos, Pernambuco, Brasil.

DESCRIÇÃO DO FATO: Ocorrência de acidente de trânsito, com vítima não fatal, consumado e intermediário, ocorrido no bairro de Cacimba, Peixinhos, Pernambuco, Brasil.

ACIDENTE DE TRÁFEGO DE VEÍCULO: Ocorrência de acidente de trânsito, com vítima não fatal, consumado e intermediário, ocorrido no bairro de Cacimba, Peixinhos, Pernambuco, Brasil.

Com o conteúdo da Ocorrência

A VITIMA FALTOU A SUA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA NXR 150, BROS, DE COR VERMELHA, COM PLACA AGR 3474PEL, DE SUA PROPRIEDADE, PELA QUAL VIA, QUANDO UM ANIMAL CACHORRO PASSOU NA FRENTE DA COTO CAUSANDO A QUESA DE FRENTE, QUE SOFREU FRATURA DE CLAVICULA.



OCORRÊNCIA VITIMA EM SOCORRIDO POR AMIGOS LEVADO A CUBA DE JACUATÉ E EM DEPOIS
FOMENTO DO BOM HOSPITAL DE JACUATÉ ONDE FOM SOCORRIDO.

Assinado eletronicamente por: FABIO ROGERIO SERAFIM PEREIRA - 21/01/2018 11:50:52

DE XANDRE COSTA DOS SANTOS
AUTORIA

Assinado eletronicamente por: FABIO ROGERIO SERAFIM PEREIRA - 21/01/2018 11:50:52



ADDRESSING CENTER, DODI AIRPORT

DO EXCHANGE AND MAILING LIST

CYRIL MACHINERY

020-864.594-01 28/07/1975

[illegible]

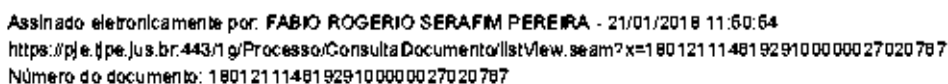
1. Case Studies —
 Program Activity Resources

Placemaps E. des Saints

DATE	2/1/01
TIME	15

Walter D. Rife

123456789
ABCDEFGHIJK



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Formulário de Esclarecimento - 10/2018

Assinatura do Médico: _____ Assinatura do Paciente: _____

Assinatura do Responsável: _____ Assinatura do Médico: _____

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO(A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO(A).

NOME: Alexandre Costa dos Santos

RG: 13.931.291 DATA DE NASCIMENTO: 28/01/1972

RG: 4780942 ORGÃO EMISSOR: SP-DF-R

ENDEREÇO: Rua Genésio, 100 - Vila Santa Helena, 13130-000

SP - Guarulhos - SP - Brasil

NOTICIA DA MÃE: Maria Helena dos Santos

DATA ADMISSÃO: 14/01/2018 DATA AMB: 17/01/2018

DATA DO PROCTERMINIO: 23/01/2018

DIAGNÓSTICO: Tuberculose pulmonar

Resposta

TRATAMENTO REALIZADO: Isotoniazida, Rifampina

do Instituto de Tuberculose e Doenças Infecciosas

de Guarulhos

de Guarulhos

de Guarulhos

de Guarulhos

MÉDICO: Dr. Alexandre Costa dos Santos

ENDEREÇO: 13130-000

JANUÁRIO DOS GUARULHOS, 21 DE Maio de 2018.

Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Assinatura do Médico



1. NAME OF THE PARTY 2. ADDRESS OF THE PARTY 3. CITY AND STATE 4. ZIP CODE 5. PHONE NUMBER 6. FAX NUMBER 7. E-MAIL ADDRESS 8. WEBSITE ADDRESS 9. OTHER INFORMATION		10. NAME OF THE CANDIDATE 11. ADDRESS OF THE CANDIDATE 12. CITY AND STATE 13. ZIP CODE 14. PHONE NUMBER 15. FAX NUMBER 16. E-MAIL ADDRESS 17. WEBSITE ADDRESS 18. OTHER INFORMATION	
19. NAME OF THE COMMITTEE 20. ADDRESS OF THE COMMITTEE 21. CITY AND STATE 22. ZIP CODE 23. PHONE NUMBER 24. FAX NUMBER 25. E-MAIL ADDRESS 26. WEBSITE ADDRESS 27. OTHER INFORMATION		28. NAME OF THE CANDIDATE 29. ADDRESS OF THE CANDIDATE 30. CITY AND STATE 31. ZIP CODE 32. PHONE NUMBER 33. FAX NUMBER 34. E-MAIL ADDRESS 35. WEBSITE ADDRESS 36. OTHER INFORMATION	
37. NAME OF THE COMMITTEE 38. ADDRESS OF THE COMMITTEE 39. CITY AND STATE 40. ZIP CODE 41. PHONE NUMBER 42. FAX NUMBER 43. E-MAIL ADDRESS 44. WEBSITE ADDRESS 45. OTHER INFORMATION		46. NAME OF THE CANDIDATE 47. ADDRESS OF THE CANDIDATE 48. CITY AND STATE 49. ZIP CODE 50. PHONE NUMBER 51. FAX NUMBER 52. E-MAIL ADDRESS 53. WEBSITE ADDRESS 54. OTHER INFORMATION	
55. NAME OF THE COMMITTEE 56. ADDRESS OF THE COMMITTEE 57. CITY AND STATE 58. ZIP CODE 59. PHONE NUMBER 60. FAX NUMBER 61. E-MAIL ADDRESS 62. WEBSITE ADDRESS 63. OTHER INFORMATION		64. NAME OF THE CANDIDATE 65. ADDRESS OF THE CANDIDATE 66. CITY AND STATE 67. ZIP CODE 68. PHONE NUMBER 69. FAX NUMBER 70. E-MAIL ADDRESS 71. WEBSITE ADDRESS 72. OTHER INFORMATION	
73. NAME OF THE COMMITTEE 74. ADDRESS OF THE COMMITTEE 75. CITY AND STATE 76. ZIP CODE 77. PHONE NUMBER 78. FAX NUMBER 79. E-MAIL ADDRESS 80. WEBSITE ADDRESS 81. OTHER INFORMATION		82. NAME OF THE CANDIDATE 83. ADDRESS OF THE CANDIDATE 84. CITY AND STATE 85. ZIP CODE 86. PHONE NUMBER 87. FAX NUMBER 88. E-MAIL ADDRESS 89. WEBSITE ADDRESS 90. OTHER INFORMATION	
91. NAME OF THE COMMITTEE 92. ADDRESS OF THE COMMITTEE 93. CITY AND STATE 94. ZIP CODE 95. PHONE NUMBER 96. FAX NUMBER 97. E-MAIL ADDRESS 98. WEBSITE ADDRESS 99. OTHER INFORMATION		100. NAME OF THE CANDIDATE 101. ADDRESS OF THE CANDIDATE 102. CITY AND STATE 103. ZIP CODE 104. PHONE NUMBER 105. FAX NUMBER 106. E-MAIL ADDRESS 107. WEBSITE ADDRESS 108. OTHER INFORMATION	
109. NAME OF THE COMMITTEE 110. ADDRESS OF THE COMMITTEE 111. CITY AND STATE 112. ZIP CODE 113. PHONE NUMBER 114. FAX NUMBER 115. E-MAIL ADDRESS 116. WEBSITE ADDRESS 117. OTHER INFORMATION		118. NAME OF THE CANDIDATE 119. ADDRESS OF THE CANDIDATE 120. CITY AND STATE 121. ZIP CODE 122. PHONE NUMBER 123. FAX NUMBER 124. E-MAIL ADDRESS 125. WEBSITE ADDRESS 126. OTHER INFORMATION	
127. NAME OF THE COMMITTEE 128. ADDRESS OF THE COMMITTEE 129. CITY AND STATE 130. ZIP CODE 131. PHONE NUMBER 132. FAX NUMBER 133. E-MAIL ADDRESS 134. WEBSITE ADDRESS 135. OTHER INFORMATION		136. NAME OF THE CANDIDATE 137. ADDRESS OF THE CANDIDATE 138. CITY AND STATE 139. ZIP CODE 140. PHONE NUMBER 141. FAX NUMBER 142. E-MAIL ADDRESS 143. WEBSITE ADDRESS 144. OTHER INFORMATION	
145. NAME OF THE COMMITTEE 146. ADDRESS OF THE COMMITTEE 147. CITY AND STATE 148. ZIP CODE 149. PHONE NUMBER 150. FAX NUMBER 151. E-MAIL ADDRESS 152. WEBSITE ADDRESS 153. OTHER INFORMATION		154. NAME OF THE CANDIDATE 155. ADDRESS OF THE CANDIDATE 156. CITY AND STATE 157. ZIP CODE 158. PHONE NUMBER 159. FAX NUMBER 160. E-MAIL ADDRESS 161. WEBSITE ADDRESS 162. OTHER INFORMATION	
163. NAME OF THE COMMITTEE 164. ADDRESS OF THE COMMITTEE 165. CITY AND STATE 166. ZIP CODE 167. PHONE NUMBER 168. FAX NUMBER 169. E-MAIL ADDRESS 170. WEBSITE ADDRESS 171. OTHER INFORMATION		172. NAME OF THE CANDIDATE 173. ADDRESS OF THE CANDIDATE 174. CITY AND STATE 175. ZIP CODE 176. PHONE NUMBER 177. FAX NUMBER 178. E-MAIL ADDRESS 179. WEBSITE ADDRESS 180. OTHER INFORMATION	
181. NAME OF THE COMMITTEE 182. ADDRESS OF THE COMMITTEE 183. CITY AND STATE 184. ZIP CODE 185. PHONE NUMBER 186. FAX NUMBER 187. E-MAIL ADDRESS 188. WEBSITE ADDRESS 189. OTHER INFORMATION		190. NAME OF THE CANDIDATE 191. ADDRESS OF THE CANDIDATE 192. CITY AND STATE 193. ZIP CODE 194. PHONE NUMBER 195. FAX NUMBER 196. E-MAIL ADDRESS 197. WEBSITE ADDRESS 198. OTHER INFORMATION	
199. NAME OF THE COMMITTEE 200. ADDRESS OF THE COMMITTEE 201. CITY AND STATE 202. ZIP CODE 203. PHONE NUMBER 204. FAX NUMBER 205. E-MAIL ADDRESS 206. WEBSITE ADDRESS 207. OTHER INFORMATION		208. NAME OF THE CANDIDATE 209. ADDRESS OF THE CANDIDATE 210. CITY AND STATE 211. ZIP CODE 212. PHONE NUMBER 213. FAX NUMBER 214. E-MAIL ADDRESS 215. WEBSITE ADDRESS 216. OTHER INFORMATION	
217. NAME OF THE COMMITTEE 218. ADDRESS OF THE COMMITTEE 219. CITY AND STATE 220. ZIP CODE 221. PHONE NUMBER 222. FAX NUMBER 223. E-MAIL ADDRESS 224. WEBSITE ADDRESS 225. OTHER INFORMATION		226. NAME OF THE CANDIDATE 227. ADDRESS OF THE CANDIDATE 228. CITY AND STATE 229. ZIP CODE 230. PHONE NUMBER 231. FAX NUMBER 232. E-MAIL ADDRESS 233. WEBSITE ADDRESS 234. OTHER INFORMATION	
235. NAME OF THE COMMITTEE 236. ADDRESS OF THE COMMITTEE 237. CITY AND STATE 238. ZIP CODE 239. PHONE NUMBER 240. FAX NUMBER 241. E-MAIL ADDRESS 242. WEBSITE ADDRESS 243. OTHER INFORMATION		244. NAME OF THE CANDIDATE 245. ADDRESS OF THE CANDIDATE 246. CITY AND STATE 247. ZIP CODE 248. PHONE NUMBER 249. FAX NUMBER 250. E-MAIL ADDRESS 251. WEBSITE ADDRESS 252. OTHER INFORMATION	
253. NAME OF THE COMMITTEE 254. ADDRESS OF THE COMMITTEE 255. CITY AND STATE 256. ZIP CODE 257. PHONE NUMBER 258. FAX NUMBER 259. E-MAIL ADDRESS 260. WEBSITE ADDRESS 261. OTHER INFORMATION		262. NAME OF THE CANDIDATE 263. ADDRESS OF THE CANDIDATE 264. CITY AND STATE 265. ZIP CODE 266. PHONE NUMBER 267. FAX NUMBER 268. E-MAIL ADDRESS 269. WEBSITE ADDRESS 270. OTHER INFORMATION	
271. NAME OF THE COMMITTEE 272. ADDRESS OF THE COMMITTEE 273. CITY AND STATE 274. ZIP CODE 275. PHONE NUMBER 276. FAX NUMBER 277. E-MAIL ADDRESS 278. WEBSITE ADDRESS 279. OTHER INFORMATION		280. NAME OF THE CANDIDATE 281. ADDRESS OF THE CANDIDATE 282. CITY AND STATE 283. ZIP CODE 284. PHONE NUMBER 285. FAX NUMBER 286. E-MAIL ADDRESS 287. WEBSITE ADDRESS 288. OTHER INFORMATION	
289. NAME OF THE COMMITTEE 290. ADDRESS OF THE COMMITTEE 291. CITY AND STATE 292. ZIP CODE 293. PHONE NUMBER 294. FAX NUMBER 295. E-MAIL ADDRESS 296. WEBSITE ADDRESS 297. OTHER INFORMATION		298. NAME OF THE CANDIDATE 299. ADDRESS OF THE CANDIDATE 300. CITY AND STATE 301. ZIP CODE 302. PHONE NUMBER 303. FAX NUMBER 304. E-MAIL ADDRESS 305. WEBSITE ADDRESS 306. OTHER INFORMATION	

1. TO: DIRECTOR, FBI
 2. FROM: SAC, NEW YORK (100-100000)
 3. SUBJECT: [REDACTED]
 4. RE: [REDACTED]
 5. DATE: 10/10/54
 6. TIME: 10:00 AM
 7. BY: [REDACTED]
 8. CLASS: [REDACTED]
 9. FILE: [REDACTED]
 10. REMARKS: [REDACTED]
 11. APPROVED: [REDACTED]
 12. SPECIAL AGENT IN CHARGE: [REDACTED]
 13. COPIES: [REDACTED]
 14. RECEIVED: [REDACTED]
 15. DATE: 10/10/54
 16. TIME: 10:00 AM
 17. BY: [REDACTED]
 18. CLASS: [REDACTED]
 19. FILE: [REDACTED]
 20. REMARKS: [REDACTED]
 21. APPROVED: [REDACTED]
 22. SPECIAL AGENT IN CHARGE: [REDACTED]
 23. COPIES: [REDACTED]
 24. RECEIVED: [REDACTED]
 25. DATE: 10/10/54
 26. TIME: 10:00 AM
 27. BY: [REDACTED]
 28. CLASS: [REDACTED]
 29. FILE: [REDACTED]
 30. REMARKS: [REDACTED]
 31. APPROVED: [REDACTED]
 32. SPECIAL AGENT IN CHARGE: [REDACTED]
 33. COPIES: [REDACTED]
 34. RECEIVED: [REDACTED]
 35. DATE: 10/10/54
 36. TIME: 10:00 AM
 37. BY: [REDACTED]
 38. CLASS: [REDACTED]
 39. FILE: [REDACTED]
 40. REMARKS: [REDACTED]
 41. APPROVED: [REDACTED]
 42. SPECIAL AGENT IN CHARGE: [REDACTED]
 43. COPIES: [REDACTED]
 44. RECEIVED: [REDACTED]
 45. DATE: 10/10/54
 46. TIME: 10:00 AM
 47. BY: [REDACTED]
 48. CLASS: [REDACTED]
 49. FILE: [REDACTED]
 50. REMARKS: [REDACTED]
 51. APPROVED: [REDACTED]
 52. SPECIAL AGENT IN CHARGE: [REDACTED]
 53. COPIES: [REDACTED]
 54. RECEIVED: [REDACTED]
 55. DATE: 10/10/54
 56. TIME: 10:00 AM
 57. BY: [REDACTED]
 58. CLASS: [REDACTED]
 59. FILE: [REDACTED]
 60. REMARKS: [REDACTED]
 61. APPROVED: [REDACTED]
 62. SPECIAL AGENT IN CHARGE: [REDACTED]
 63. COPIES: [REDACTED]
 64. RECEIVED: [REDACTED]
 65. DATE: 10/10/54
 66. TIME: 10:00 AM
 67. BY: [REDACTED]
 68. CLASS: [REDACTED]
 69. FILE: [REDACTED]
 70. REMARKS: [REDACTED]
 71. APPROVED: [REDACTED]
 72. SPECIAL AGENT IN CHARGE: [REDACTED]
 73. COPIES: [REDACTED]
 74. RECEIVED: [REDACTED]
 75. DATE: 10/10/54
 76. TIME: 10:00 AM
 77. BY: [REDACTED]
 78. CLASS: [REDACTED]
 79. FILE: [REDACTED]
 80. REMARKS: [REDACTED]
 81. APPROVED: [REDACTED]
 82. SPECIAL AGENT IN CHARGE: [REDACTED]
 83. COPIES: [REDACTED]
 84. RECEIVED: [REDACTED]
 85. DATE: 10/10/54
 86. TIME: 10:00 AM
 87. BY: [REDACTED]
 88. CLASS: [REDACTED]
 89. FILE: [REDACTED]
 90. REMARKS: [REDACTED]
 91. APPROVED: [REDACTED]
 92. SPECIAL AGENT IN CHARGE: [REDACTED]
 93. COPIES: [REDACTED]
 94. RECEIVED: [REDACTED]
 95. DATE: 10/10/54
 96. TIME: 10:00 AM
 97. BY: [REDACTED]
 98. CLASS: [REDACTED]
 99. FILE: [REDACTED]
 100. REMARKS: [REDACTED]
 101. APPROVED: [REDACTED]
 102. SPECIAL AGENT IN CHARGE: [REDACTED]
 103. COPIES: [REDACTED]
 104. RECEIVED: [REDACTED]
 105. DATE: 10/10/54
 106. TIME: 10:00 AM
 107. BY: [REDACTED]
 108. CLASS: [REDACTED]
 109. FILE: [REDACTED]
 110. REMARKS: [REDACTED]
 111. APPROVED: [REDACTED]
 112. SPECIAL AGENT IN CHARGE: [REDACTED]
 113. COPIES: [REDACTED]
 114. RECEIVED: [REDACTED]
 115. DATE: 10/10/54
 116. TIME: 10:00 AM
 117. BY: [REDACTED]
 118. CLASS: [REDACTED]
 119. FILE: [REDACTED]
 120. REMARKS: [REDACTED]
 121. APPROVED: [REDACTED]
 122. SPECIAL AGENT IN CHARGE: [REDACTED]
 123. COPIES: [REDACTED]
 124. RECEIVED: [REDACTED]
 125. DATE: 10/10/54
 126. TIME: 10:00 AM
 127. BY: [REDACTED]
 128. CLASS: [REDACTED]
 129. FILE: [REDACTED]
 130. REMARKS: [REDACTED]
 131. APPROVED: [REDACTED]
 132. SPECIAL AGENT IN CHARGE: [REDACTED]
 133. COPIES: [REDACTED]
 134. RECEIVED: [REDACTED]
 135. DATE: 10/10/54
 136. TIME: 10:00 AM
 137. BY: [REDACTED]
 138. CLASS: [REDACTED]
 139. FILE: [REDACTED]
 140. REMARKS: [REDACTED]
 141. APPROVED: [REDACTED]
 142. SPECIAL AGENT IN CHARGE: [REDACTED]
 143. COPIES: [REDACTED]
 144. RECEIVED: [REDACTED]
 145. DATE: 10/10/54
 146. TIME: 10:00 AM
 147. BY: [REDACTED]
 148. CLASS: [REDACTED]
 149. FILE: [REDACTED]
 150. REMARKS: [REDACTED]
 151. APPROVED: [REDACTED]
 152. SPECIAL AGENT IN CHARGE: [REDACTED]
 153. COPIES: [REDACTED]
 154. RECEIVED: [REDACTED]
 155. DATE: 10/10/54
 156. TIME: 10:00 AM
 157. BY: [REDACTED]
 158. CLASS: [REDACTED]
 159. FILE: [REDACTED]
 160. REMARKS: [REDACTED]
 161. APPROVED: [REDACTED]
 162. SPECIAL AGENT IN CHARGE: [REDACTED]
 163. COPIES: [REDACTED]
 164. RECEIVED: [REDACTED]
 165. DATE: 10/10/54
 166. TIME: 10:00 AM
 167. BY: [REDACTED]
 168. CLASS: [REDACTED]
 169. FILE: [REDACTED]
 170. REMARKS: [REDACTED]
 171. APPROVED: [REDACTED]
 172. SPECIAL AGENT IN CHARGE: [REDACTED]
 173. COPIES: [REDACTED]
 174. RECEIVED: [REDACTED]
 175. DATE: 10/10/54
 176. TIME: 10:00 AM
 177. BY: [REDACTED]
 178

1. NAME _____
 2. ADDRESS _____
 3. CITY _____
 4. STATE _____
 5. ZIP _____
 6. PHONE _____
 7. DATE _____
 8. SIGNATURE _____
 9. PRINT NAME _____
 10. PRINT ADDRESS _____
 11. PRINT CITY _____
 12. PRINT STATE _____
 13. PRINT ZIP _____
 14. PRINT PHONE _____
 15. PRINT DATE _____
 16. PRINT SIGNATURE _____
 17. PRINT NAME _____
 18. PRINT ADDRESS _____
 19. PRINT CITY _____
 20. PRINT STATE _____
 21. PRINT ZIP _____
 22. PRINT PHONE _____
 23. PRINT DATE _____
 24. PRINT SIGNATURE _____
 25. PRINT NAME _____
 26. PRINT ADDRESS _____
 27. PRINT CITY _____
 28. PRINT STATE _____
 29. PRINT ZIP _____
 30. PRINT PHONE _____
 31. PRINT DATE _____
 32. PRINT SIGNATURE _____
 33. PRINT NAME _____
 34. PRINT ADDRESS _____
 35. PRINT CITY _____
 36. PRINT STATE _____
 37. PRINT ZIP _____
 38. PRINT PHONE _____
 39. PRINT DATE _____
 40. PRINT SIGNATURE _____
 41. PRINT NAME _____
 42. PRINT ADDRESS _____
 43. PRINT CITY _____
 44. PRINT STATE _____
 45. PRINT ZIP _____
 46. PRINT PHONE _____
 47. PRINT DATE _____
 48. PRINT SIGNATURE _____
 49. PRINT NAME _____
 50. PRINT ADDRESS _____
 51. PRINT CITY _____
 52. PRINT STATE _____
 53. PRINT ZIP _____
 54. PRINT PHONE _____
 55. PRINT DATE _____
 56. PRINT SIGNATURE _____
 57. PRINT NAME _____
 58. PRINT ADDRESS _____
 59. PRINT CITY _____
 60. PRINT STATE _____
 61. PRINT ZIP _____
 62. PRINT PHONE _____
 63. PRINT DATE _____
 64. PRINT SIGNATURE _____
 65. PRINT NAME _____
 66. PRINT ADDRESS _____
 67. PRINT CITY _____
 68. PRINT STATE _____
 69. PRINT ZIP _____
 70. PRINT PHONE _____
 71. PRINT DATE _____
 72. PRINT SIGNATURE _____
 73. PRINT NAME _____
 74. PRINT ADDRESS _____
 75. PRINT CITY _____
 76. PRINT STATE _____
 77. PRINT ZIP _____
 78. PRINT PHONE _____
 79. PRINT DATE _____
 80. PRINT SIGNATURE _____
 81. PRINT NAME _____
 82. PRINT ADDRESS _____
 83. PRINT CITY _____
 84. PRINT STATE _____
 85. PRINT ZIP _____
 86. PRINT PHONE _____
 87. PRINT DATE _____
 88. PRINT SIGNATURE _____
 89. PRINT NAME _____
 90. PRINT ADDRESS _____
 91. PRINT CITY _____
 92. PRINT STATE _____
 93. PRINT ZIP _____
 94. PRINT PHONE _____
 95. PRINT DATE _____
 96. PRINT SIGNATURE _____
 97. PRINT NAME _____
 98. PRINT ADDRESS _____
 99. PRINT CITY _____
 100. PRINT STATE _____
 101. PRINT ZIP _____
 102. PRINT PHONE _____
 103. PRINT DATE _____
 104. PRINT SIGNATURE _____
 105. PRINT NAME _____
 106. PRINT ADDRESS _____
 107. PRINT CITY _____
 108. PRINT STATE _____
 109. PRINT ZIP _____
 110. PRINT PHONE _____
 111. PRINT DATE _____
 112. PRINT SIGNATURE _____
 113. PRINT NAME _____
 114. PRINT ADDRESS _____
 115. PRINT CITY _____
 116. PRINT STATE _____
 117. PRINT ZIP _____
 118. PRINT PHONE _____
 119. PRINT DATE _____
 120. PRINT SIGNATURE _____
 121. PRINT NAME _____
 122. PRINT ADDRESS _____
 123. PRINT CITY _____
 124. PRINT STATE _____
 125. PRINT ZIP _____
 126. PRINT PHONE _____
 127. PRINT DATE _____
 128. PRINT SIGNATURE _____
 129. PRINT NAME _____
 130. PRINT ADDRESS _____
 131. PRINT CITY _____
 132. PRINT STATE _____
 133. PRINT ZIP _____
 134. PRINT PHONE _____
 135. PRINT DATE _____
 136. PRINT SIGNATURE _____
 137. PRINT NAME _____
 138. PRINT ADDRESS _____
 139. PRINT CITY _____
 140. PRINT STATE _____
 141. PRINT ZIP _____
 142. PRINT PHONE _____
 143. PRINT DATE _____
 144. PRINT SIGNATURE _____
 145. PRINT NAME _____
 146. PRINT ADDRESS _____
 147. PRINT CITY _____
 148. PRINT STATE _____
 149. PRINT ZIP _____
 150. PRINT PHONE _____
 151. PRINT DATE _____
 152. PRINT SIGNATURE _____
 153. PRINT NAME _____
 154. PRINT ADDRESS _____
 155. PRINT CITY _____
 156. PRINT STATE _____
 157. PRINT ZIP _____
 158. PRINT PHONE _____
 159. PRINT DATE _____
 160. PRINT SIGNATURE _____
 161. PRINT NAME _____
 162. PRINT ADDRESS _____
 163. PRINT CITY _____
 164. PRINT STATE _____
 165. PRINT ZIP _____
 166. PRINT PHONE _____
 167. PRINT DATE _____
 168. PRINT SIGNATURE _____
 169. PRINT NAME _____
 170. PRINT ADDRESS _____
 171. PRINT CITY _____
 172. PRINT STATE _____
 173. PRINT ZIP _____
 174. PRINT PHONE _____
 175. PRINT DATE _____
 176. PRINT SIGNATURE _____
 177. PRINT NAME _____
 178. PRINT ADDRESS _____
 179. PRINT CITY _____
 180. PRINT STATE _____
 181. PRINT ZIP _____
 182. PRINT PHONE _____
 183. PRINT DATE _____
 184. PRINT SIGNATURE _____
 185. PRINT NAME _____
 186. PRINT ADDRESS _____
 187. PRINT CITY _____
 188. PRINT STATE _____
 189. PRINT ZIP _____
 190. PRINT PHONE _____
 191. PRINT DATE _____
 192. PRINT SIGNATURE _____
 193. PRINT NAME _____
 194. PRINT ADDRESS _____
 195. PRINT CITY _____
 196. PRINT STATE _____
 197. PRINT ZIP _____
 198. PRINT PHONE _____
 199. PRINT DATE _____
 200. PRINT SIGNATURE _____
 201. PRINT NAME _____
 202. PRINT ADDRESS _____
 203. PRINT CITY _____
 204. PRINT STATE _____
 205. PRINT ZIP _____
 206. PRINT PHONE _____
 207. PRINT DATE _____
 208. PRINT SIGNATURE _____
 209. PRINT NAME _____
 210. PRINT ADDRESS _____
 211. PRINT CITY _____
 212. PRINT STATE _____
 213. PRINT ZIP _____
 214. PRINT PHONE _____
 215. PRINT DATE _____
 216. PRINT SIGNATURE _____
 217. PRINT NAME _____
 218. PRINT ADDRESS _____
 219. PRINT CITY _____
 220. PRINT STATE _____

1. IDENTIFICATION
 2. DESCRIPTION OF THE CASE
 3. ANALYSIS OF THE CASE
 4. CONCLUSIONS
 5. RECOMMENDATIONS
 6. REFERENCES
 7. APPENDICES
 8. NOTES
 9. INDEX
 10. OTHER



1º Nome completo do(a) autor:

2º Nome completo do(a) coautor:

3º Nome completo do(a) coautor:

4º Nome completo do(a) coautor:

5º Nome completo do(a) coautor:

6º Nome completo do(a) coautor:

7º Nome completo do(a) coautor:

8º Nome completo do(a) coautor:

9º Nome completo do(a) coautor:

10º Nome completo do(a) coautor:

11º Nome completo do(a) coautor:

12º Nome completo do(a) coautor:

13º Nome completo do(a) coautor:

14º Nome completo do(a) coautor:

15º Nome completo do(a) coautor:

16º Nome completo do(a) coautor:

17º Nome completo do(a) coautor:

18º Nome completo do(a) coautor:

19º Nome completo do(a) coautor:

20º Nome completo do(a) coautor:

21º Nome completo do(a) coautor:

22º Nome completo do(a) coautor:

23º Nome completo do(a) coautor:

24º Nome completo do(a) coautor:

25º Nome completo do(a) coautor:

26º Nome completo do(a) coautor:

27º Nome completo do(a) coautor:

28º Nome completo do(a) coautor:

29º Nome completo do(a) coautor:

30º Nome completo do(a) coautor:

31º Nome completo do(a) coautor:

32º Nome completo do(a) coautor:

33º Nome completo do(a) coautor:

34º Nome completo do(a) coautor:

35º Nome completo do(a) coautor:

36º Nome completo do(a) coautor:

37º Nome completo do(a) coautor:

38º Nome completo do(a) coautor:

39º Nome completo do(a) coautor:

40º Nome completo do(a) coautor:

41º Nome completo do(a) coautor:

42º Nome completo do(a) coautor:

43º Nome completo do(a) coautor:

44º Nome completo do(a) coautor:

45º Nome completo do(a) coautor:

46º Nome completo do(a) coautor:

47º Nome completo do(a) coautor:

48º Nome completo do(a) coautor:

49º Nome completo do(a) coautor:

50º Nome completo do(a) coautor:

51º Nome completo do(a) coautor:



deve ser observado que a decisão não se aplica a todos os casos.

RECURSO EM SENTENÇA

1. O MP não se opõe ao recurso, razão pela qual não há que se falar em

fundamentação. Assim, não há necessidade de se analisar o mérito da questão.

2. Não há, portanto, o que se recorrer, razão pela qual o recurso é improcedente.

3. Assim, a decisão recorrida é mantida, com a condenação do réu ao pagamento de honorários advocatícios em favor do autor, no importe de 10% sobre o valor da causa.

4. P. j. 10/01/2018.

5. O MP não se opõe ao recurso, razão pela qual não há que se falar em

fundamentação. Assim, não há necessidade de se analisar o mérito da questão.

6. Não há, portanto, o que se recorrer, razão pela qual o recurso é improcedente.

7. Assim, a decisão recorrida é mantida, com a condenação do réu ao pagamento de honorários advocatícios em favor do autor, no importe de 10% sobre o valor da causa.

8. P. j. 10/01/2018.

9. P. j. 10/01/2018.

10. P. j. 10/01/2018.

11. Assim, a decisão recorrida é mantida, com a condenação do réu ao pagamento de honorários advocatícios em favor do autor, no importe de 10% sobre o valor da causa.

12. P. j. 10/01/2018.

13. Assim, a decisão recorrida é mantida, com a condenação do réu ao pagamento de honorários advocatícios em favor do autor, no importe de 10% sobre o valor da causa.

RECURSO EM SENTENÇA

1. O MP não se opõe ao recurso, razão pela qual não há que se falar em

fundamentação. Assim, não há necessidade de se analisar o mérito da questão.

2. Não há, portanto, o que se recorrer, razão pela qual o recurso é improcedente.

3. Assim, a decisão recorrida é mantida, com a condenação do réu ao pagamento de honorários advocatícios em favor do autor, no importe de 10% sobre o valor da causa.

4. O MP não se opõe ao recurso, razão pela qual não há que se falar em

fundamentação. Assim, não há necessidade de se analisar o mérito da questão.

5. Não há, portanto, o que se recorrer, razão pela qual o recurso é improcedente.

6. Assim, a decisão recorrida é mantida, com a condenação do réu ao pagamento de honorários advocatícios em favor do autor, no importe de 10% sobre o valor da causa.

7. P. j. 10/01/2018.

8. O MP não se opõe ao recurso, razão pela qual não há que se falar em

fundamentação. Assim, não há necessidade de se analisar o mérito da questão.

Assinado eletronicamente por: FABIO ROGERIO SERAFIM PEREIRA - 21/01/2018 11:50:57
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18012111476197200000027020773
Número do documento: 18012111476197200000027020773



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170253659

Cidade: Abreu e Lima

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALEXANDRE COSTA DOS SANTOS

Data do acidente: 16/03/2017

Seguradora: FAIRFAX BRASIL SEGUROS
CORPORATIVOS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Descrição do exame: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO PERICIAL: EXAMINADOR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO COM PLACA E PARAFUSO. AINDA EM USO DE ANTIBIÓTICO POR INFECÇÃO NA FERIDA OPERATÓRIA, E USO DE TIPÓIA. TEM RETORNO PREVISTO PARA FIM DE AGOSTO. SEM CONDIÇÕES DE ESTABELECEER SEQUELA NO MOMENTO; **Sequelas permanentes:**

Sequelas: Em tratamento

Data da perícia: 12/07/2017 **Conduta:**

mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR

Médico examinador: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO

CRM do médico: 52.53231-5

UF do CRM do médico: RJ

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

PRESTADOR



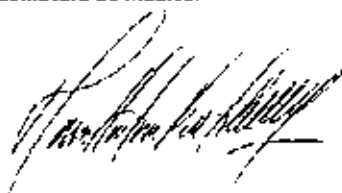
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

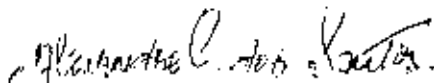
OUTORGANTE: ALEXANDRE COSTA DOS SANTOS, brasileira, casado, Natural de Recife-PE, Porteiro, nascido aos 28.02.1975, portador do RG. 4.780.912-SDS-PE, e do CPF 020.884.894-01, residente e domiciliado na 184, nº 05-Caetés-I-Abreu e Lima-PE.

OUTORGADO: FABIO ROGERIO SERAFIM PEREIRA, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB/PE 38.663 com endereço profissional a Avenida Bernardo Vieira de Melo, 1472, sala 210, Empresarial Júlio e Rosa, Piedade, Jaboatão dos Guararapes, PE CEP 54.080-310.

PODERES: Os das cláusulas "ad judicial et extra", podendo desistir, receber, dar quitação, bem como receber alvará judicial, transigir, firmar acordo e compromisso, requerer, **renunciar**, impetrar quaisquer medidas judiciais para defender os interesses do(s) Outorgante(s), e tudo mais que se fizer necessário para o fiel e cabal cumprimento do presente mandato inclusive substabelecer com ou sem reserva os poderes aqui outorgados.

DECLARAÇÃO DE AJG: Declaro sob as penas da lei, que não estou em condições de arcar com as custas e taxas judiciais, requerendo os benefícios da justiça gratuita nos termos da Lei nº 1.060/50 c/c a Lei 7.115/83.

Recife, 10 de Outubro de 2017.



ALEXANDRE COSTA DOS SANTOS
OUTORGANTE

Avenida Bernardo Vieira de Melo, 1472, sala 210, Empresarial Júlio e Rosa, Piedade, Jaboatão dos Guararapes - PE,
CEP: 54.080-310

Contato (081) 3293-6410 / 9.8461-7679/9.9532-8038
e-mail: adeogada38663@gmail.com



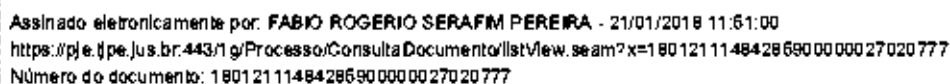
Officer [redacted] advised that [redacted] was arrested on 11/11/2011 for possession of a controlled substance.

Dear Sir,
 I am sorry to hear that
 you are having a bad cold.
 I hope you will get well soon.
 I am writing you this letter
 to let you know that I am
 still in the office.
 I am sorry to hear that
 you are having a bad cold.
 I hope you will get well soon.
 I am writing you this letter
 to let you know that I am
 still in the office.
 Sincerely,
 J. H. H.

Downloaded from <http://www.jstor.org/stable/2346046> Tue, 14 May 2012 12:22:22 PM. All use subject to [JSTOR Terms and Conditions](#)

Abstract—The purpose of this study was to determine whether there were differences in the prevalence of musculoskeletal disorders between two groups of nurses working in different departments of a hospital. The sample consisted of 100 nurses from the Intensive Care Unit (ICU) and 100 nurses from the General Ward (GW). Data were collected by means of a self-administered questionnaire. The results showed that the prevalence of musculoskeletal disorders was significantly higher among ICU nurses than among GW nurses ($p < .001$). The most prevalent disorder was low back pain, followed by neck pain, shoulder pain, and wrist/hand pain.

1. $\text{H}_2\text{O} + \text{CO}_2 \rightarrow \text{H}_2\text{CO}_3$	$\Delta H = -25 \text{ kJ mol}^{-1}$	$\Delta S = -110 \text{ J K}^{-1} \text{ mol}^{-1}$
2. $\text{H}_2\text{CO}_3 \rightarrow \text{H}^+ + \text{HCO}_3^-$	$\Delta H = 6.5 \text{ kJ mol}^{-1}$	$\Delta S = 91 \text{ J K}^{-1} \text{ mol}^{-1}$
3. $\text{HCO}_3^- \rightarrow \text{H}^+ + \text{CO}_3^{2-}$	$\Delta H = 16.5 \text{ kJ mol}^{-1}$	$\Delta S = 34 \text{ J K}^{-1} \text{ mol}^{-1}$



[illegible]

Trial	Control	MCI	AD
1	95	85	75
2	90	80	70
3	85	75	65
4	80	70	60
5	85	75	65

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific requirements of the task.





Sentença da Classifi

0078

Nome:	160140	ALEXANDRE COSTA DOS SANTOS	Sexo:	MASCULINO		
Data de Nascimento:	25/02/1973	Idade:	42 anos	Convenio:	2	SUS - PIGNON ATENDIMENTO
Nome da Mãe:	NEIVA MARIA DA COSTA	Nome do Pai:	RENATO ELIX DOS SANTOS			
Estado Civil:	SOLTEIRO	Nome do Médico:	ORTOPEDISTA - PLANTONISTA	CRM:	10000	
Profissão:	CLINTO - COFENIA E QUALIFICADO	Endereço:	CAVALO 43	Bairro:	CAVALO 43	
Endereço:	CAVALO 43	CEP:	52530484	Usuário Atendimento:	8111700	
1) (Data de Emissão):		Data de Emissão:				
2) (Data de Registro de Pessoa Física):		Data de Emissão:				
3) (Data de Registro de Nascimento):		Data de Emissão:				

DATA: / / HORA:

PRINCIPAL DOENÇA: HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

NOTES (P); DIAGNOSTICA (S).

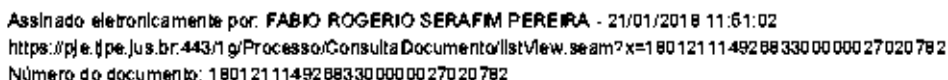
LISTA ADI. EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA: _____

CAMINHO DO: ☐ Ambulatório ☐ Sala Verde ☐ Sala Amarela ☐ Sala Vermelha

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific requirements of the task.

© 2004 Blackwell Publishing Ltd



ATA DA HORAS - IGAE - SSU

Assinatura Classificação de Risco - Protocolo _____ PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP
 Assinatura para retirada da senha: 16/03/2017 11:20

Nome Paciente: ALEXANDRE COSTA DOS SANTOS
 Cod. Paciente: _____
 Data de Nascimento: 28/02/1975
 Sexo: Masculino
 Idade: 42
 Senha: 0078
 Convenio: _____
 Atendimento: _____
 SAME: _____

Data: 16/03/2017 - 11:28 - 16/03/2017 11:29

Calderon TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

urgência: URGÊNCIA - AMARELO
 AMARELO

Diagnóstico Principal: ALTERAÇÃO DA DE MOTO SEGUIDO DE IMPACTO EM VÍTIMA DE MOTO
 Descrição: ACIDENTE DE MOTO

Exatidão do diagnóstico: TRAUMA

Exatidão do diagnóstico: LESÃO DE FRATURA COM LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
 Classificação: LESÃO DE TRAUMA FOLGIA

Exatidão do diagnóstico: ESCALA DE GLASGOW: 15
 ESCALA DE DOR: 5
 P.A. SISTÓLICA: 90.00 MMHG
 P.A. DIÁSTOLICA: 140.00 MMHG

Assinado(a) por: KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
 Data Impressão: 16/03/2017 11:29

Assinatura de Assinamento de Classificação de Risco

Data: 16/03/2017



Ata 4 HORAS - IGAR - SSU

Nome da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDEFINIR

Data e hora retirada da senha: 17/03/2017 12:49

Nome Paciente: ALEXANDRE COSTA DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/02/1975
Sexo: Masculino
Idade: 42
Senha: 0099
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Intervalo: 17/03/2017 12:50 - 17/03/2017 12:53

Realizada por: MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Class. de Risco

Classificação: URGENCIA - AMARELO
Impacto: AMARELO
Localização: IMPACTO EM MÍDIO DO OMÓFONO CLAVICULAR
Características: PACIENTE COM MAIS DE 24 HS NA UNIDADE
Sintomas: TETRAUMIA
Gravidade: MODERADA (4 - 6)
Diagnóstico: DISTÚRBIO DA HEMATOLOGIA

Realizado por: MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 17/03/2017 12:53

Assinatura do Atendimento com Classificação de Risco

Assinatura





UNIDADE DE ATENDIMENTO

UPA IGARASSU - IGARASSU



Unidade: 055278

Senha da Classificação:

0075

Exatidão: 18/03/2018 10:46

Nome: 160140 ALEXANDRE COSTA DOS SANTOS Sexo: MASCULINO
 Data de Nascimento: 26/01/1975 Idade: 42 anos Convênio: 2 SUS - PROTEÇÃO BÁSICA
 Nome da Mãe: NEUMA TAVOLA DA COSTA Nome do Pai: RENATO FELIX DOS SANTOS
 Nome do Mês: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA
 Nome do Médico: ORTOPEDISTA - QUATRO - 5 Bairro: Centro
 Endereço: JARDIM - 14 CEP: 53530484 Usuário Atendimento: J.R. Pereira
 (Identificação)
 Data de Emissão:
 (Confirmação da Pessoa Física)
 Fone:
 (Número do Registro de Nasci.)
 Data de Emissão CRN:

DATA: 18/03/2018 TEMPERATURA: 36,4°C FC: 72 bpm HR: 98 bpm PA: 120/80 mmHg
 DATA: 18/03/2018 HORA: 10:46

PRINCIPAL (DOENÇA) / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Doença aguda de início súbito, com dor no abdômen, náusea e vômito.

ANTE-HISTÓRIA

Doença aguda de início súbito, com dor no abdômen, náusea e vômito.

DIAGNÓSTICO(S)

Doença aguda de início súbito, com dor no abdômen, náusea e vômito.

INDICAÇÃO DE EXAMES

Doença aguda de início súbito, com dor no abdômen, náusea e vômito.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Atenção

Doença aguda de início súbito, com dor no abdômen, náusea e vômito.

Doença aguda de início súbito, com dor no abdômen, náusea e vômito.

Doença aguda de início súbito, com dor no abdômen, náusea e vômito.

Local: Gratuito

Atendimento: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Local: Gratuito



24 HORAS - IGARASSU

Forma de Classificação de Risco: Protocolo: PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO NEEF 1017

Data hora retirada da senha: 19/03/2017 10:51

Nome Paciente: ALEXANDRE COSTA DOS SANTOS

Cod. Paciente:

Data de Nascimento: 25/02/1978

Sexo: Masculino

Idade: 39

Serviço: 0040

Convênio:

Atendimento:

SAMF.

Realizado: 19/03/2017 10:52 - 19/03/2017 10:53

Realizado por: MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(a) - Classificação:

Classificação: URGENCIA - AMARELO

Classificação: ☐ AMARELO

Local: Principal: ATACADO EM M.D. MÃO KOMBRO E 1 CLAVICULA E

Local: Secundário: PACIENTE COM MAIS DE 24HS NA UNIDADE

Local: Tercário: TRAUMA

Local: Quaternário: DOR MODERADA (4 - 7/10)

Local: Quinqüário: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA

Assinatura(a) por: MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(a) - Classificação:

Data Impressão: 19/03/2017 10:53

Forma de atendimento: com Classificação de Risco

Classificação:



**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE
DIREITO DA _____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE ABREU
E LIMA – PE.**

ALEXANDRE COSTA DOS SANTOS, brasileiro, casado, Natural de Recife - PE, profissão Porteiro, nascido em 28.02.1975, inscrito sob o CPF/MF de nº 020.884.894-01 e sob o RG de nº 4.780.912 SDS/PE residente e domiciliado na Rua. 184, Caeté I, Abreu e Lima - PE. CEP: 55000-000, devidamente representado por seu bastante procurador, firmado *in fine* na procuração anexa (), **FÁBIO ROGÉRIO SERAFIM PEREIRA**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE 38663, com endereço profissional localizado na Avenida Bernardo Vieira de Melo, 1472, sala 210, empresarial Júlio e Rosa, Piedade, Jaboatão dos Guararapes, PE. CEP 54450-020, endereço eletrônico advogado38663@gmail.com, vem com respeito e urbanidade tradicional, à Douta presença de V. EXª, propor a presente, **AÇÃO DE COBRANÇA** em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, CNPJ: 09.248.608.0001-04 com sede a Rua Senador Dantas, nº 74, 5,6,9,14 e 15 andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-205, o que faz pelos fatos e fundamentos jurídicos adiante delineados:

I – DOS FATOS

Segundo informações prestada a vítima pilotava a sua motocicleta de marca Honda/NXR, 150, BROS, de cor vermelha de placa KGR-9141/PE, pela citada via, quando um animal (Cachorro) cruzou na frente da motocicleta causando a queda da vítima que sofreu fratura de clavícula. Pelo exposto, solicita a vítima as devidas providências Legais.

Pois bem, o requerente **ALEXANDRE COSTA DOS SANTOS**, registrou o fato na Delegacia de Polícia Civil da 025ª Circunscrição – Peixinho – DP 25º CIRCDIM/7DESEC, pelo Boletim de Ocorrência de nº 17E0115001767 no dia 26 abril de 2017, às 13:11



Haja vista, em decorrência de comprovados danos, **ATRAVÉS DE LAUDO MÉDICO E RELATÓRIO GERAL DE CIRURGIA** emitido pelo Hospital Memorial Jaboatão, UPA- Igarassu, em Documentos em anexo.

O requerente faz jus ao pagamento do seguro obrigatório junto à companhia de seguros, ora requerido, como acima mencionado, valor indenizatório o qual é de direito dele e deve ser disponibilizado como a própria Lei 6.194/74 reconhece. Doc em anexo;

Para tanto, o requerente tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11.482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), **faz jus à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez**, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*: pois se é um direito que lhe assiste não é justo que o requerente, além de sofrer danos irreversíveis à sua saúde, ainda não poder usufruir do que lhes é de direito, ou seja a indenização.

Cabe esclarecer que o requerente só recebeu na esfera administrativa o valor de R\$ 1.687,50 (hum mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), em 28/08/2017.

Sendo assim, conforme prevê a Lei nº 6.194/74, a qual regula o pagamento dessas indenizações, o valor a ser pago no caso de invalidez é o equivalente a 40 vezes o maior salário mínimo vigente no País na **ÉPOCA DO PAGAMENTO**.

Estes, emérito julgador, são em suma, os fatos que norteiam a presente demanda.

2. DO DIREITO

Por ser um seguro lapidado por caracteres sociais, a legislação embasadora deste instituto preocupou-se em facilitar ao máximo o acesso a essas indenizações. Exige-se tão-somente a prova do acidente, feita através do registro da ocorrência no órgão policial competente, e da morte ou lesões pessoais, bem como da incapacidade, comprovadas pela certidão de óbito e relatório médico expedido, como regra geral, pelo Instituto Médica Legal, respectivamente. Reunida a documentação pelo interessado e entregue à companhia seguradora de sua preferência, integrante dos Consórcios DPVAT, em 30 (trinta) dias, conforme disposição legal, ser-lhe-á feito o pagamento da indenização reclamada. O prazo será de 15 (quinze) dias, todavia, para os acidentes ocorridos sob a vigência da anterior redação da Lei nº 6.194/74. Vencido esse lapso sem que a seguradora tenha saldado sua obrigação, pode o beneficiário valer-se de ação judicial para tal finalidade. Mister consignarmos que tanto na liquidação administrativa quanto na judicial, será devido ao beneficiário, além da indenização, a correção monetária e os juros de mora correspondentes aos dias de atraso, contados do termo ad quem da trintena ou quinquena prevista na legislação.

O Seguro DPVAT tem como um de seus escopos, dentre outros, fornecer uma indenização em dinheiro àqueles que experimentam danos pessoais oriundos de acidente de trânsito. Aliás, essa cobertura por invalidez permanente está expressa no já citado art. 3º da Lei nº 6.194/74.



Por seu turno, o art. 4º do mesmo diploma nos indica a quem deve ser paga tal indenização:

Art. 4º A indenização no caso de morte será paga, na constância do casamento, ao cônjuge sobrevivente; na sua falta, aos herdeiros legais. Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados.

A situação do postulante se subsume perfeitamente à segunda parte do dispositivo, pois foi vítima de um acidente automobilístico, sendo indiscutível, então, sua qualidade de beneficiário (a) do seguro em comento. Assim, fixado esse entendimento, resta agora determinarmos qual o correto valor a que tem direito.

É, uma vez mais, a Lei nº 6.194/74 que nos esclarece a esse respeito:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

b) até 40 (quarenta) vezes o valor do maior salário-mínimo vigente no País – no caso de invalidez permanente;

Resta patente, então, que a indenização por invalidez permanente no Seguro DPVAT corresponde a até 40 (quarenta) vezes o salário-mínimo vigente quando da liquidação do sinistro.

A aferição do quantum a ser pago ao portador de invalidez permanente, segundo dispõe o art. 5º, § 5º, da Lei nº 6.194/74, far-se-ia mediante a aplicação de “percentuais da tabela das condições gerais de seguro de acidente suplementada, nas restrições e omissões desta, pela tabela de acidentes do trabalho e da classificação internacional das doenças”. Esses percentuais seriam aplicados sobre os 40 (quarenta) salários mínimos e obteríamos o valor devido.

Ocorre que esse dispositivo não foi regulamentado, de tal modo que inexistiu suporte legal para a utilização das aludidas tabelas. Diante dessa omissão legislativa as companhias seguradoras valem – se de tabela emitida pelo Conselho Nacional de Seguro Privados – CNSP, que apresenta os percentuais de cada lesão. Todavia, também esse procedimento é desprovido de amparo jurídico.

Pedimos licença para destacar aqui excerto de exemplar sendo prolatada pelo Juiz Carlos Henrique Rodrigues Veloso, do 7º Juizado Especial Cível da Comarca de São Luiz/MA, em análise a esse art. 5º, § 5º, da Lei nº 6.194/74:

Não obstante essa referência à tabela das condições gerais do seguro de acidente, o dispositivo legal em questão não se fez acompanhar de um anexo, muito menos há qualquer Decreto ou outra lei instituindo-a. Nas normas que criaram a Superintendência de Seguros Privados, art. 35 e seguintes do Decreto-lei 73, de 21/1/66, não está instituída citada tabela, muito menos há atribuição de poderes legais para a referida SUSEP criá-la administrativamente. Outra base legal que a ré se arvora para tentar comprovar a legalidade da instituição da tabela é o art. 12 da Lei 6.194/74.



No entanto, esse dispositivo legal apenas dá poderes ao Conselho Nacional de Seguros Privados para expedir "normas disciplinadoras e tarifas", tão somente. O primeiro caso trata da organização administrativa e processamento visando a operacionalização do serviço, não sendo incluída a expedição de atos normativos que venham a afetar direitos de terceiros, que não foram afetados na Lei acima citada. Digo isso, porque, no momento em que a tabela reduz o valor dos pagamentos para determinados tipos e graus de lesões e em determinadas partes do corpo humano, sem qualquer autorização legal, sem dúvida, há restrições de direitos contidos na Lei que instituiu o valor máximo para a indenização do Seguro.

E não se concebe restrições de direitos protegidos por lei através de um ato administrativo de hierarquia muito inferior. (...) Não havendo autorização legal para a edição administrativa da tabela que a ré quer seja respeitada, a indenização há que ser fixada pelo prudente discricionaríssimo do juiz, baseado nas provas dos autos e na verificação do estado de fato da vítima, este desde que relacionado com o acidente (Processo nº 641/2001; Autor: Vicente Paulo Santos; Ré: Sul América Companhia Nacional de Seguros; Sentenciado em 11/5/2004).

Nossa jurisprudência embasa esse entendimento:

Acidente de veículo. Cobrança de Seguro DPVAT. Tarifação estabelecida por tabela da seguradora. Ausência de suporte legal. Recebimento do valor total do seguro. Comprovada a incapacidade permanente para o exercício de atividade laboral. Sentença mantida. Recurso improvido (TJES. AC 24990124588. 3ª Câmara Cível. Relator: Des. José Eduardo Grandi Ribeiro. Julgado em 19/3/2002);

Civil. Indenização. Seguro Obrigatório de veículo. DPVAT. Complexidade pericial ausente. Laudo do IML local. Inexistência de cerceamento de defesa. Preliminares afastadas. Invalidez permanente.

Valor da indenização consoante a lei de regência. (...) Constatada, através de perícia do IML local, a invalidez permanente, que incapacitou definitivamente a vítima para o trabalho e subsistência sem ajuda de terceiros, a indenização há que ser pelo valor total previsto na alínea "b", do art. 3º, da Lei nº 6.194/74, não podendo sofrer limitação por regras ditadas por simples resolução, de hierarquia inferior (TJDF. ACJ 20010710121340-DF. 2º TRJE. Relator: Des. Benito Augusto Tiezzi. DJU 27/5/2002, p.51).

Seguro. Seguro obrigatório. DPVAT. Salário-mínimo. O valor do seguro obrigatório deve corresponder a 40 salários mínimos. Precedentes. Recurso não conhecido (Recurso Especial nº 152866/SP, 4ª Turma, Superior Tribunal de Justiça, Relator: Min. Ruy Rosado de Aguiar. Decisão em 25/3/1998).

Súmula 37 do 1º Tribunal de Alçada Civil do Estado de São Paulo: Na indenização decorrente de seguro obrigatório, o artigo 3º da Lei 6.194/74 não foi revogado pelas Leis 6.205/75 e 6.423/77 (Revogado a Súmula 15).

Civil. Seguro obrigatório (DPVAT). Valor quantificado em salários mínimos. Indenização Legal. Critério. Validade. Lei nº 6.194/74. Recibo. Quitação. Saldo remanescente. O recibo dado pelo beneficiário do seguro em relação à indenização paga a menor não inibe de reivindicar, em juízo, a diferença em relação ao montante que lhe cabe de conformidade com a lei que reage a espécie (Recurso Especial nº 2966775/SP, 4ª Turma, Superior Tribunal de Justiça, Relator: Min. Aldir Passarinho Júnior. Decisão em 20/8/2002).



O Demandante tem sua pretensão respaldada na Lei nº 6.194/74 que regula o pagamento das indenizações decorrentes de seguro obrigatório. Assevera o art. 3º, II, III, § 1º e I, *in verbis*:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos)

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte; (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007) § 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

(Produção de efeitos).

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá 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, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais. (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

Ademais, a vítima do acidente deve ser reembolsada em face das despesas médico-hospitalares que teve de suportar nos termos do § 2º do art. 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:



§ 2º Assegura-se à vítima o reembolso, no valor de até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais), previsto no inciso III do caput deste artigo, de despesas médico-hospitalares, desde que devidamente comprovadas, efetuadas pela rede credenciada junto ao Sistema Único de Saúde, quando em caráter privado, vedada a cessão de direitos. (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

Acerca do dever e da forma de indenizar, assim dispõe o art. 5º da Lei nº 6.194/74, *in*

verbis: Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte; (Redação dada pela Lei nº 8.441, de 1992)

b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.

§ 2º Os documentos referidos no § 1º serão entregues à Sociedade Seguradora, mediante recibo, que os especificará.

§ 3º Não se concluindo na certidão de óbito o nexo de causa e efeito entre a morte e o acidente, será acrescentada a certidão de auto de necropsia, fornecida diretamente pelo Instituto Médico Legal, independentemente de requisição ou autorização da autoridade policial ou da jurisdição do acidente.

§ 4º Havendo dúvida quanto ao nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá ser acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver, fornecido pela rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados, em formulário próprio da entidade fornecedora. (Incluído pela Lei nº 8.441, de 1992)

§ 5º O Instituto Médico Legal da jurisdição do acidente ou da residência da vítima deverá fornecer, no prazo de até 90 (noventa) dias, laudo à vítima com a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes, totais ou parciais. (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

§ 6º O pagamento da indenização também poderá ser realizado por intermédio de depósito ou



Transferência Eletrônica de Dados - TED para a conta corrente ou conta de poupança do beneficiário, observada a legislação do Sistema de Pagamentos Brasileiro. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

§ 7º Os valores correspondentes às indenizações, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, sujeitam-se à correção monetária segundo índice oficial regularmente estabelecido e juros moratórios com base em critérios fixados na regulamentação específica de seguro privado. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

A invalidez permanente do Demandante é fato incontroverso, vez que reconhecida pelo Instituto de Medicina Legal – IML doc anexo.

Logo, é devido a requerente, a título de indenização, o valor de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais) devidamente atualizado.

3. DO PEDIDO

Ante o exposto requer:

- a) A total **PROCEDÊNCIA** da presente demanda;
- b) A citação da Requerida via postal, na pessoa do seu representante legal, no endereço do preâmbulo, para, querendo, comparecer à audiência de Conciliação, Instrução e Julgamento a ser designada por Vossa Excelência, bem como contestar a presente, sob pena de revelia e confissão de todos os fatos que lhe foram imputados, na forma da lei;
- c) Seja a Requerida compelida a pagar, a título de indenização, o valor de R\$ 11.812,50, dos danos provocados pelo acidente, oriundo das lesões que ocasionaram a incapacidade do requerente.
- d) Além da prova documental, o Demandante protesta por todos os meios de provas em direito admitidos, bem como a inversão do ônus da prova, com fulcro no art. 6º, VIII do CDC;
- f) Que se digne V. Ex.ª. Conceder a gratuidade da justiça, tendo em vista, que o autor da demanda já vem sacrificado com suas finanças, e o mesmo, não possui recursos suficientes para arcar com ônus das taxas e emolumentos judiciais, sem que comprometa de fato com a sua sobrevivência e de sua família, tudo de acordo com o que dispõe a Lei nº 1.060/50, art. 4º.
- g) Condenação da Requerida ao pagamento das custas e despesas processuais se houver, bem como aos honorários advocatícios fixados em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação, no caso de a requerida recorrer da decisão de 1º Grau.



Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito permitidos, em especial o depoimento da demandada nas pessoas dos seus representantes legais, sob pena de confissão, juntada posterior de documentos, inquirição de testemunhas, e demais provas que se fizerem necessárias.

Dá-se a causa no valor de R\$ 11.812,50.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Recife/PE, 21 de JANEIRO de 2018.

Dr. Fábio Rogério Serafim Pereira

OAB/PE 38.663

ADVOGADO

Daniel Lima de Santana

Acadêmico de Direito

CPF: 344.730.174-00

