



Número: **0068840-64.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56498335	15/01/2020 15:49	2685940_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00688406420198172001

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

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Rua Sampaio Viana, 44 - Paraíso - São Paulo - SP - CEP: 04004-001, inscrita no CNPJ sob o número 33.164.021/0001-00 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE**, 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 **27/02/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 01/04/2019.

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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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.

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



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO INDEFERIMENTO DA INICIAL

Destaca-se, inicialmente, a ausência de documento indispensável a propositura de qualquer demanda judicial, qual seja, o comprovante de residência.

Compulsando os autos, percebe-se que não fora juntado documento de comprovação do domicílio do autor, em clara afronta ao artigo 320, do CPC.

Ocorre, que a ausência do referido comprovante inviabiliza até mesmo a elaboração da defesa da Ré, uma vez que impossibilita a comprovação da competência territorial.

Diante disso, considerando o momento processual, requer a extinção da presente demanda, na forma dos artigos 321 c/c 485, I. CPC.

DO MÉRITO

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

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

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

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

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



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 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190354406	Cidade: Goiana	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE	Data do acidente: 27/02/2019	Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 17/06/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (CORTO NA REGIÃO FRONTAL). FRATURA DA DIÁFISE DISTAL DO ÚMERO DIREITO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DO ÚMERO(PÁG 6). ALTA (PÁG 7).				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações: DE ACORDO COM LAUDO MÉDICO DE 28/05/2019, ACOSTADO NA PÁGINA 11.				
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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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)



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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **27/02/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), conforme comprovado abaixo:**



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

24/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04065

CONTA: 000001030732-5

Nr. da Autenticação 2BCD0825EF97E853

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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



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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

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



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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 13 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 o 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 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **TOKIO MARINE SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE**, em curso perante a **7ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00688406420198172001.

Rio de Janeiro, 13 de janeiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





15/01/2020

Número: **0068840-64.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56498337	15/01/2020 15:49	ANEXO 1	Outros (Documento)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSTITUCIONAL DE 1988
INSTITUTO BRASILEIRO DE IDENTIFICACAO E REGISTRO CIVIL
INSTITUTIONAL BUREAU OF IDENTIFICATION

JOSEMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

DDO. IDENTIDADE / DRE. IDENTIFICATION
8881091.000 PE

CPF: 085.751.834-10 DATA NASCIMENTO: 31/10/1993

RENASCIMENTO
JOSEMILDO BOMES DE ALB
ALBUQUERQUE
MELHARE MARIA DE SANTAN
A

PERMANENTE / TEMPORARIO
PERMANENTE

DATA EMISSAO: 28/01/2019

LOCAL: GOIANA, PE

ASSINATURA: *João de Santana*

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: *Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior*

PERNAMBUCO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
29 MAI 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



3190/354406

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
UNIDADE DA REPÚBLICA DE RECIFE
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
CORPO DE POLÍCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

RG 881091 PJE PE

CPF 088.781.934-10

DATA NASCIMENTO 31/10/1993

**JOSEILDO GOMES DE ALB
QUERQUE**

**ALIANZA MARIA DE SANTAN
A**

PRIMEIRO NOME JOSEILDO **SOBRENOME** QUERQUE **DATA NASC.** 31/10/1993

Nº IDENTIFICAD. 881091 **DATA EMISSÃO** 02/01/2024 **VALIDADE** 16/10/2034

PROFISSÃO

Joimmar Santana de Albuquerque

LOCAL RECIFE, PE **DATA EMISSÃO** 02/01/2024

Assessoria de Controle
Assessoria de Controle de Armas e Munições
Assessoria de Controle de Documentos

PERNAMBUCO

**VALIDADE EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**
1756890704

PERNAMBUCO
1756890704

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
12.1111 2119
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE INSTRUÇÃO
 CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: **JOAQUIM MARQUES DE CARVALHO**

Doc. Identific. (CPF): **001.111.111-11**

Sexo: **M**

Data de Nascimento: **01/11/1991**

Profissão: **MAQUINISTA ALUMINOSO DE CARVALHO**

Endereço: **ROSA ALVES ALMEIDA**

Cidade: **RECIFE - PE**

Estado: **PE**

País: **BRASIL**

Validade: **15/01/2020**

Observação: **SEM LÍNEA VERDE**

Assinatura: *[Assinatura]*

Carimbo: **RECIFE - PE**

1019700386

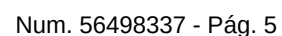
05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

12 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
29 MAI 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190354406 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 27/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (CORTO NA REGIÃO FRONTAL).
FRATURA DA DIÁFISE DISTAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DO ÚMERO(PÁG 6).
ALTA (PÁG 7).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO MÉDICO DE 28/05/2019, ACOSTADO NA PÁGINA 11.

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190354406 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 27/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO (CORTO NA REGIÃO FRONTAL).
FRATURA DA DIÁFISE DISTAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (PÁG 6).
ALTA (PÁG 7).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





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

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190354406

Vítima: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 27/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, 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. 00149/00150 - carta_03 - INVALIDEZ

00070075



Carta nº 14387986





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, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190354406

Vítima: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 27/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

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 14388670

Pag. 01517/01518 - 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, 30 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190354406

Vítima: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 27/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

Valor: R\$ 843,75

Banco: 033

Agência: 000004065

Conta: 000001030732-5

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	096.761.934 - 10	Josimar Santana de Albuquerque
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Josimar Santana de Albuquerque	096.761.934 - 10	
Profissão:	Endereço:	Número:
RETIRO	Tram. do mega o'	3N
Cidade:	Estado:	CEP:
Tupurupano	PE	55900-000
E-mail:	Tel (DDD):	
amvitoria.goiam@gmail.com	519 9808-6287	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) (5) 3628-3771		

DADOS CADASTRAIS

RECEITA MENSAL:			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)		☒ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)	
☐ Bradesco (237)		Nome do BANCO: Santander	
☐ Itaú (341)			
☐ Banco do Brasil (001)			
☐ Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	4065	01030732 (5)

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 a dívida, 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 (assinatar uma das opções):

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

Pelo motivo acima, 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 (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou descendente (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

Local e Data: <u>Goiana - PE</u> <u>29.05.19</u>	TESTEMUNHAS
Nome:	1ª Nome: <u>05.802.494/0001-41</u>
CPF:	CPF: <u>05.802.494/0001-41</u>
	TRACÃO CORRETORA
	Assinatura DE SEGUROS LTDA
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: <u>29 MAI 2019</u>
<u>Josimar Santana de Albuquerque</u>	CPF:
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura Boa Vista - CEP 50.660-010
Assinatura do Procurador (se houver)	RECIFE-PE

(*) 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.

FP5.001 V001/2018





05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





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 ADL: _____ CPF da vítima: 086.761.934 - 10 Nome completo da vítima: Jozimar Santana de Albuquerque
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Jozimar Santana de Albuquerque CPF: 086.761.934 - 10
Profissão: RECURSO Endereço: Tran. do mega o Número: 3N Complemento: _____
Bairro: Tupurupano Cidade: Goiânia Estado: PE CEP: 53900-000
E-mail: amara-maria.goiama@gmail.com Tel.(DDD): 51 9 9808-6287
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) (91) 3626-3771

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

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

AGÊNCIA: 4065 CONTA: 01030732 5
(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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Fallecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Local e Data: Goiânia - PE 29.05.19
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: 05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Assinatura

12 JUN 2019

2ª Nome: _____

CPF: _____

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 AL. C

HIS VISTA - CEP 50.060-010

Assinatura

RECIFE-PE

(*) 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.

FP5.001 V001/2018





Extrato



MENU

Agência / Conta
4065 / 01.030732.5

Saldo em conta

R\$ 10,42

Saldo CC + Limite: R\$ 10,42

Todos

Débito

Crédito

04 junho

SALDO ANTERIOR

R\$ 0,72 >

06 junho

RESG POUP - SUPERLINHA / INTERNET
DE: 4065.60.015441-2

R\$ 200,00 >

06 junho

TED DIFERENTE TITULARIDADE CIP
Joseane Amaro Chagas

R\$ -150,00 >

06 junho

TRANSFERENCIA PARA CONTA
POUPANCA PARA: 4065.60.015441-2

R\$ -30,00 >

07 junho

TARIFA TEDELETRONICO
06/06/2019

R\$ -10,30 >

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Selecionar Período

Scanned by CamScanner



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPre...



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0134001018**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/04/2019** às **12:32**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **27/2/2019** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 01, RODOVIA PE 049, PROXIMO A ASSEMBLEIA DE DEUS - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GEILZA GOMES DA CRUZ (NOTICIANTE)
ROSIVAN LIMA DO NASCIMENTO (OUTRO)
JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE (OUTRO)
JOSE GABRIEL DE ALMEIDA FILHO (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(a): **JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE**

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

JOSE GABRIEL DE ALMEIDA FILHO (não presente no plantão) - NIC: 0000 Sexo: Masculino Mãe: **VALDECI DIAS DE ALENGAR** Pai: **JOSE GABRIEL DE ALMEIDA** Data de Nascimento: **12/7/1988** Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 06, RUA DO ROSARIO, 06 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

GEILZA GOMES DA CRUZ (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA DE LOURDES GOMES** Pai: **MARINALDO BERNARDINO DA CRUZ** Data de Nascimento: **13/12/1984** Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **VIÚVA** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Telefones Celulares: **331704901**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 01, RUA NOVA DIVISÃO, 8/N - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
29 MAI 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



ROSIVAN LIMA DO NASCIMENTO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **ACOMPANHANTE**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(s): **ROSIVAN LIMA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(s): **JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PQB6482** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **866982739** Chassi: **8C2KC1670DR43338**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMA A NOTICIANTE QUE NA DATA RETRO, NO ENDEREÇO SUPRA MENCIONADO SEU MARIDO SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO ONDE UM VEÍCULO SENDO CONDUZIDO POR UM ASTRA PRATA DE PLACA KHS 4873, CONDUZIDO POR MOTORISTA DESCONHECIDO, CHEGOU A COLIDIR NO VEÍCULO EPIGRAFE, ONDE CHEGOU A CAÍREM NO CHÃO, O QUAL SEU MARIDO ESTAVA NA GARUPA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, O QUAL CHEGOU FALECER NO OUTRO DIA O SR. JOSE GABRIEL DE ALMEIDA FILHO TENDO EM VISTA DE UM EDEMA CEREBRAL, HEMORRAGIA CARDIACA E TRAUMATISMO ENCEFALICO, TENDO O CONDUTOR JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE FRATURA DE DIÁFASE DE UNERO DIREITO, SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, A VISTA DAS DOCUMENTAÇÕES LEGAIS ENCERRO O PRESENTE REGISTRO

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

Geilza Gomes da Cruz
GEILZA GOMES DA CRUZ
(NOTICIANTE)

S.O. registrado por: **LUIS HUMBERTO DE SALES FURTADO** - Matrícula: **3870870**



29 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

IN do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

086.761.934 - 10

Nome completo da vítima:

Joimar Santana de Albuquerque

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

Nome completo:

Joimar Santana de Albuquerque

CPF:

086.761.934 - 10

Profissão:

Revisor

Endereço:

Trav. do mega 8

Número:

3N

Complemento:

Bairro:

Tupurupano

Cidade:

Goiana

Estado:

PE

CEP:

55900-000

E-mail:

joimar.santana@gmail.com

Tel.(DDD):

(31) 9.9908-6287

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) (31) 3626-3771

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$9.000,00

☐ 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

4065

CONTA:

01030752

5

(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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo asinado, solicito e prossuagimento 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do dolo da vítima:

Grav 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascer(a) (val. nacer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Goiana - PE 29.05.19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

Assinatura DE SEGUROS LTDA

2ª | Nome:

CPF:

29 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Assinatura Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDO, 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.

FPS 001 V001/2018





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
GERÊNCIA DE GESTÃO URGÊNCIA



Declaração

Declaro para os devidos fins que, o Sr. JOSIMAR SANTANA ALBUQUERQUE, residente na Rua da Matriz, s/nº, no Município de Tejucupapo/PE, foi socorrido para o Hospital Miguel Arraes, na cidade de Paulista/PE; pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) deste município. No dia 27/02/2019 às 22:20h. com o Registro de Ocorrência nº S. 595282, a vítima sofreu colisão de carro/moto; conforme as informações em ficha de atendimento.

Em anexo segue cópia da referida ficha.

Condado, 14 de Março de 2019.

UOL: Sílvia dos Santos Pereira
COORDENADORA DE ENFERMAGEM

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04065

CONTA: 000001030732-5

Nr. da Autenticação 2BCD0825EF97E853



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA	
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50053-902 CNPJ 10.836.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93	 CELPE www.celpe.com.br
Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5559 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0600-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis	

DADOS DO CLIENTE RAIANE NASCIMENTO DA SILVA ALBUQUERQUE CPF: 120.277.181-00 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA BR SANAPIO 417 TEJUCUPAPORTE/TEJUCUPAPO 55900-000 GOIÂNIA PE	DATA DE VENCIMENTO 17/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 10/05/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 10/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 061486062	CONTA CONTRATO 007026620133 Nº DO CLIENTE 2615075317 Nº DA INSTALAÇÃO 0001249095
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO F7E7.E25D.2903.4C55.0E30.5B8A.5E69.22DC			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																							
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																				
Consumo Ativo(W/h)	82,00	0,77798822	63,79																																				
Acrescimo Bandeira AMARELA			6,39																																				
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,63																																				
TOTAL DA FATURA 74,81																																							
INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>64,18</td> <td>25,00</td> <td>16,04</td> <td>64,18</td> <td>1,10</td> <td>0,71</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0,74</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0,37</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3,48</td> </tr> </tbody> </table>				ICMS		PIS		COFINS		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	64,18	25,00	16,04	64,18	1,10	0,71						0,74						0,37						3,48
ICMS		PIS		COFINS																																			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO																																		
64,18	25,00	16,04	64,18	1,10	0,71																																		
					0,74																																		
					0,37																																		
					3,48																																		

05.802.494/0001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 29 MAI 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, 51-902 BL C
 Boa Vista - CEP 50060-010

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(W/h)	82,00	MAI 19	82
		ABR 19	40
		MAR 19	76
		FEV 19	56
		JAN 19	76
		DEZ 18	57
		NOV 18	56
		OCT 18	65
		SET 18	56
		AGO 18	54
		JUL 18	71
		JUN 18	79
		MAI 18	77

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Derivação de Energia	25,32 31,25
Transmissão	3,27 3,94
Distribuição (Cabo)	13,78 17,19
Energia Delivered	3,24 3,99
Perdas	21,22 26,41
Perdas de Energia	4,24 5,25
TOTAL	64,18 79,98

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo de Função	ANTERIOR	ATUAL	SP. (L)	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh		
0000000000000000	CAT	1054019	1371030	1000019	1376030	30	1.0000	0,00	82,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 10/06/2019									

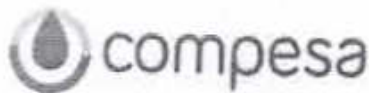
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	COLANTE	VALOR APURADO	METAS	METAS	METAS
			MINUTOS	TRIMESTRE	ANUAL
DIO-Nº de horas sem Energia	TEJUCUPAPO	0,29	5,50	11,70	32,31
FIO-Nº de vezes sem Energia		1,08	5,50	6,50	13,30
DIO-Duração máxima de interrupção contínua		0,28	0,35	0,50	0,50
Limite DIO: 12,32					
EURO-Valor de Energia de Lixo e R\$ 0,30					
Nota: Consumidor pode solicitar a abertura das Indicações DIO, FIO, DIO e DIO e duração tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você as contas de energia elétrica: praça doze de castas centro / raposo junior gomes de gomes: tr. paco 871 ponto de padaria lista completa em www.celpe.com.br. No caso de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. A partir de 26/04, tarifa com reajuste médio de 5,52% para Banda Tensão e 3,76% para Banda Tensão-RS 2.503/19. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pague, em atraso, multa 2% (Resolução ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prox. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em razão da reclassificação, ocorreu alteração de tarifa.	NÍVEL DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>203 231</td> </tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO MÁXIMO	220	203 231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)						
	MÍNIMO MÁXIMO						
220	203 231						

CONTA CONTRATO 007026620133	MÊS/ANO 05/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 17/05/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitores ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

FATURA PAGA AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





AVENIDA CRUZ CARLOS - NÚM. 1347 - JARDIM AMARO RECIFE PE
CNPJ: 00045-900. Fone: (081) 8800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014999-2
CNPJ: 08.755.035/0001-68
Qualidade de Água: www.compessa.com.br

Nº Documento: 20190310399440

Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MUNICÍPIO DA COSTA LEITE NEVO
R DO CAXIAS, N. 80125 - OLARIA - CENTRO GOIANA PE 55300-000
INSCRIÇÃO: 042.493.745.0134.908

GRUPO: 12

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 01039944.0

LEIADO	POTENCIAL	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE RECEBIMENTO
AL20/05/2019	08/03/2019	07/04/2019		
ÁGUA				
LEIT. ANT.: 343	CONSUMO: 1	ESGOTO		
LEIT. ATUAL: 344		LEIT. ANT.: 343		
LEIT. FAT.: 344		LEIT. ATUAL: 344		
		LEIT. FAT.: 344		
				VOLUME: 0
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS		
REFERÊNCIA/CONSUMO		ANÁLISES		
02/02/19	14	PARÂMETROS	EXIG. NÍVEL PÓS.	ATENÇÃO A
03/02/19	27		MS 2.014/11	REALIZADAS
04/02/19	47	TURBIDIDADE	40	40
05/02/19	27	COM APARELHO	40	40
06/02/19	137	CLORO RESIDUAL	40	40
07/02/19	14	COLIFORMES TOTAIS	40	40
08/02/19	14	E. COLI	40	40
09/02/19	14	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS SUSPENSÃO EM 100 ML DAS AMOSTRAS REPRESENTATIVAS.		
10/02/19	14	(2) DE PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESPECIFICANDO OUS E OUTROS RESIDUAIS SÃO		
11/02/19	14	(3) DE PARÂMETROS COM E INCLUIREM SÃO INCLUIREM DAS CONDIÇÕES REDUTIVAS AO Efeito		
12/02/19	14	VITÓRIA DA ÁGUA.		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

WTA
COMERCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA
PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 1/3

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

1 M3

40,75
27,13

FEZ	40,75	1,95	1,95
COFINS	40,75	7,85	4,52

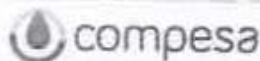
20/05/2019

TOTAL A PAGAR

27,88

Debitos por: 08/05/2019

Debitos por: 08/05/2019



ATENÇÃO: 0800-0810185
LIGAVIMENTOS: 0800-0810185

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

01039944.0

03/2019-2

20/05/2019

TOTAL A PAGAR

27,88

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82850000000-0 67880018062-0 01039944001-9 03201920003-8



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA NUNES MACHADO - NUM. - S/N - CENTRO GOI
ANA PE 55900-000

DADOS DO CLIENTE
JOSENILDO GOMES DE ALBUQUERQUE MATRÍCULA: 33028466 Mai/2019
TV DE MEGAO, N. 00011 - - TEJUCUPAPO GOIANA PE 55900-000
INSCRICAO: 200.400.445.0046.000 GRUPO: 15 DEB. AUTOMATICO: 033028466

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A185374364	DATA LEIT. ANTERIOR 11/05/2019	DATA LEIT. ATUAL 10/06/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

ÁGUA:

LEIT ANT: 244 CONSUMO: 1
LEIT ATU: 245
LEIT FAT: 245

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

04/2019 03
03/2019 04
02/2019 04
01/2019 03

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	10	10	10
COR APARENTE	10	10	10
CLORO RESIDUAL	10	10	10

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner





AVENIDA CRUZ CARLOS - JARDIM 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0193
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 06.769.035/0001-65
Qualidade de Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190310399440 Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MELCÍO DA COSTA LEITE MEDE
R. DO CARTÃO, N. 20170 - CASA-D - CENTRO GOIANA PE 55900-000
INSCRIÇÃO: 062.490.355.0134-000

GRUPO: 13

OPÇÃO MÊS. AUTOMÁTICO: 01039944.0

01039944.0 03/2019-2

LIGADO	POTENCIAL	REAL /
01/03/2019	09/03/2019	07/04/2019
ÁGUA	CONSUMO: 1	ESGOTO
LEIT. ANT.: 343		LEIT. ANT.: 0
LEIT. ATUAL: 344		LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.: 344		LEIT. FAT.:
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS
REFERÊNCIA/CONSUMO		EXIG. PELA NBR, N.º 2.914/11
01/2019 1/	A	ANÁLISES REALIZADAS
01/2019 1/	A	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO
10/2019 8/	A	TURBIDIM.
11/2019 1/	A	COM. APARENTE
10/2019 19/	A	CLORO RESIDUAL
08/2019 1/	A	COLIFORMES TOTAIS
MÉDIA 6/ 0	A	E. COLI
		EXIG. PELA NBR, N.º 2.914/11
		ANÁLISES REALIZADAS
		ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO
		TURBIDIM.
		COM. APARENTE
		CLORO RESIDUAL
		COLIFORMES TOTAIS
		E. COLI
OBSERVAÇÃO: 1) COLIFORMES TOTAIS AMPLIAÇÃO EM 10% DAS AMOSTRAS REALIZADAS.		
2) COLIFORMES TOTAIS, BACTÉRIAS COLIFORMES TOTAIS E CLORO RESIDUAL SÃO		
INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.		
3) OS PARÂMETROS COM E TURBIDIM. SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO		
VISUAL DA ÁGUA.		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA
COMERCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA
RECALCULAMENTO DE DEBITOS PARCELA 1/3

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
12 JUN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

FAIXA	60,75	1,85	1,00
COPIME	69,73	7,68	4,42

20/05/2019

87,88

Exatidão por: INTERNET

Exatidão em: 03/04/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
SERVIÇOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

01039944.0

03/2019-2

20/05/2019

87,88

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82850000000-0 87880018062-0 01039944001-9 03201920003-8



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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

Antônio Guilherme Mangabeira de Carvalho

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Josimar Santana de Albuquerque inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.761.934 / 10

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Josimar Santana de Albuquerque

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.761.934 / 10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Duque de Caxias</u>	Número:	<u>110</u>	Complemento:	<u>10</u>	
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Goiana</u>	Estado:	<u>PE</u>	
E-mail:	<u>antonioguilherme@gmail.com</u>				CEP:	<u>55100-000</u>
					Tel. (DDD):	<u>(71) 9.9808-6287</u>

Local e Data: Goiana - PE 29.05.2019

[Assinatura]

Assinatura do Declarante

05.807.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DLORL.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 020-1596 / Outras regiões: 0600 022 12 04

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

Eu, Rosivan Lima da Nascimento
RG nº 5389987, data de expedição 30/12/13
Órgão SDS - PE, portador do CPF nº 028199554-01
com domicílio na cidade de Goiânia, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Sarapio, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Josimar Santana de Albuquerque, cujo o condutor era
Josimar Santana de Albuquerque.
Veículo: motocicleta Modelo: Kawasaki CG 150 Fan Ano: 2012
Placa: PGD5492 Chassi: 9C2KC16F0D0436385
Data do Acidente: 27/02/19

Local e Data: Goiânia PE 20/03/2019

Rosivan Lima da Nascimento
Assinatura do Declarante

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

Serviço Notarial e Registral do 9º Ofício | Cartório Maria Helena
Rua do Brasil, 100 - Boa Vista - Recife - PE - CEP: 50.060-010
Reconheço Por Autenticidade a firma de: ROSIVAN LIMA DO NASCIMENTO, Doufe.
Guia nº 20/03/2019. Em test. de versão. A tabela
Emol R\$ 3,61, TSNR R\$ 0,80, PERC R\$ 0,40, Total: 4,79. Solo:
0077629 DAA63201902 00075 consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/validadigital
Escrevente

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





SAMU
192

HORA DO CHAMADO: 21:30h
CHEGADA AO LOCAL: 22:30h
HORA DA CONCLUSÃO: 04:30h
CHEGADA A BASE: 02:15h

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA DA SOLICITAÇÃO: 24.02.19
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Colisão carro + moto

NÚMERO DA OCORRÊNCIA: 9595282
VIATURA: UTI ☐ BÁSICA ☒

TIPO / LOCAL DE OCORRÊNCIA

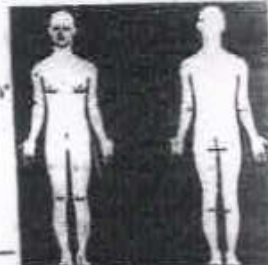
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA) ☐ CAUSA CLÍNICA ☐ OBSTÉTRICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ REMOÇÃO ☐ VIA PÚBLICA ☒ DOMICÍLIO ☐ LOCAL DE TRABALHO ☐ TRAJETO DO TRABALHO ☐ EMPRESA ☐

IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICACAO
NOME DO PACIENTE: Jozimar Santana Albuquerque IDADE: 24 ANOS
SEXO: M (X) F ☐ PROFISSÃO: FONE:
ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua da Matriz s/n BAIRRO: Tejupinho
NOME DO SOLICITANTE: Glauco FONE:
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: PE. 119 Tejupinho BAIRRO:
REFERÊNCIA: Prov. 90 Bar do Pôrto

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ÔNIBUS ☐ CAMINHÃO ☐ CARRO DE PASSEIO ☐ MOTOCICLETA ☒ PLACA
ATROPELAMENTO: PEDESTRE ☐ CICLISTA ☐
AUTOMÓVEL (COLISÃO): PASSAGEIRO ☐ MOTORISTA ☐ BANCO DE TRÁS ☐ BANCO DA FRENTE ☐ USO DO CINTO: S ☐ N ☐
MOTOCICLETA: MOTOCICLISTA ☐ PASSAGEIRO ☒ USO DO CAPACETE: S ☐ N ☒
SEMI-AFOGAMENTO/SUBMERCÃO ☐ SOTERRAMENTO ☐
INTOXICAÇÃO EXÓGENA ☐ ANIMAIS PEÇONHENTOS ☐ AGENTE CAUSADOR:
EXPOSIÇÃO AO FOGO/FUMAÇA/CHOQUE ELÉTRICO/SUBS. QUÍMICA ☐
QUEIMADURAS: 1º G ☐ 2º G ☐ 3º G ☐
QUEDA: ☐ ALTURA APROX. _____ METROS ☐ QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA
AGRESSÕES: ☐ POR ARMA DE FOGO/TIPO: _____ ☐ ARMA BRANCA/TIPO: _____
AGRESSÃO SEXUAL ☐ MAUS TRATOS ☐ OUTROS ☐ CITAR:
MECANISMO DO TRAUMA: ☐ IMPACTO FRONTAL ☐ IMPACTO LATERAL ☐ IMPACTO TRASEIRO ☐ HIEÇÃO ☐ CAPOTAMENTO



CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL: vítima de colisão moto + carro com E.G.R.
HISTÓRICO: vítima de colisão moto + carro com E.G.R.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA CONHECIDA: fratura no braço D.

AValiação CLÍNICA

VIA AÉREAS FR ☐ DISPNEIA S ☐ N ☒ TIRAGEM INTERCOSTAL: S ☐ N ☒ GLICEMIA (HGT) 141
OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS S ☐ N ☒ SÍTILOS EXPIRATORIOS: S ☐ N ☒ BAH: S ☐ N ☒ TEMP. 37C
AGITAÇÃO PSICOMOTORA: S ☐ N ☒ LESÕES DE FACE: S ☐ N ☒ RETRAÇÃO XIFÓIDE: S ☐ N ☒
DEFORMAÇÃO DO TÓRAX: S ☐ N ☒ GEMIDO/ESTRIDOR: S ☐ N ☒ DIST. PALAÇHO: S ☐ N ☒
CIRCULAÇÃO PA: 130/80 PERFUSÃO PERIFÉRICA: BOA ☒ INSTATATORIA ☐ PULSO:
COLORAÇÃO DA PELE NORMAL: S ☐ N ☒ PALIDEZ: S ☐ N ☒ CIANOSE: S ☐ N ☒
SUDORESE: S ☐ N ☒ DESIDRATADO: S ☐ N ☒ ICTÉRICO S ☐ N ☒

RM: 120 - 160
C: 1 ANO: 90 - 140
Criança: 80 - 110
Adulto: 60 - 100

29 MAI 2019

Scanned by CamScanner

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 467319

Data e Hora: 27/02/2019 23:34

Senha da Classificação:

0025

Paciente: 123397 JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 31/10/1993 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: ELIANE MARIA DE SANTANA Nome do Pai: JOSENILDO GOMES DE ALBUQUERQUE
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12348
Endereço: RUA DA MATRIZ - SÍTIO SARAPIOR Bairro: CENTRO
Cidade/UF: GOIANA PE Usuário Atendimento: ANACOS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 23:35

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente motorciclístico SEM
capacete com relato de perda de consciência
após queda em MSD

Exame Físico

A: Pupilas, com reat. R: ECO: 15.
R: Mx simétrico E: pulso de cont. med. L
C. FC: 80 a resq. profund. MSD imobilizado

Hipótese Diagnóstico

Politrauma - TCE. LCI / MSD

Prescrição Médica

Sol. TAC + exame SI imobilizado
Sol. Rx do tórax + MSD.

em tempo: Realizaro exames de fratura cefalo-cervical
em nível hospitalar após lavagem com SGA 9% e cloroformo 100ml
TAC de abdômen S/C, sem lesões agudas. Considerar contusão
omósteo. ECO: 15, 150mm RFM@

Dr. Rodrigo Monteiro
Cirurgia Vascular
CRM: 15.932

Assinatura e Carimbo/Médico

1) Alta M CG

2) AOS curativos na coto, wounds

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido Para
() Encaminhado ao setor de internação

05.802.494/0001-1
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





ATENDIMENTO: 487319

REGISTRO: 123397

PACIENTE: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

NASCIMENTO: 31/10/1993

IDADE: 25

SEXO: MASCULINO

MÃE: ELIANE MARIA DE SANTANA

ENDEREÇO: RUA DA MATRIZ, NÚMERO:

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: GOIÂNIA

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA: ALERTA ()		RESPOSTA VERBAL ()		RESPOSTA AO ESTÍMULO DOLOROSO ()		IRRESPONSIVO ()	
ESCALA DE GLASGOW							
ABERTURA OCULAR							
Resposta verbal: espontânea	4	Resposta verbal		Resposta motora		TOTAL	
Resposta verbal: & não	3	Orientado	5	Obedece comando	6	PONTOS	
Resposta verbal: & não	2	Confuso	4	Localiza estímulos dolorosos	5		
Resposta verbal: & não	1	Resposta incompreendida	3	Resposta ao estímulo doloroso	4		
		Sem resposta verbal	2	Flexão anormal (desorientação)	3		
			1	Extensão anormal (desorientação)	2		
				Sem resposta motora	1		

NÍVEL DE DISFUNÇÃO CEREBRAL: DEFICIT MOTOR () DESVIO DE COMISSURA LABIAL () DIFICULDADE NA FALA ()

ANISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIASE () MIOSE ()

NATUREZA DA LESÃO

PRESENCIA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S () N ()

LESÕES INTRA-TORÁCICAS: S () N ()

FRATURA PELVIS: S () N ()

LESÕES INTRA-ABDOMINAIS: S () N ()

FRATURA EM OSSOS LONGOS: FECHADA () ABERTA ()

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

IMOBILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL: S () N ()

BRANQUEAMENTO CARDIOPULMONAR: S () N ()

OXIGÊNIO: CATÉTER () VENTURI () CPAP ()

INFUSÃO DE FLUIDOS: S () N ()

ASPIRAÇÃO DE SANGUE E SECREÇÕES: S () N ()

OUTRAS CONDUTAS

INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: S () N ()

INTERCORRÊNCIAS

VENTILAÇÃO MECÂNICA: MODALIDADE FIO2:

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

USO DE ÁLCOOL: S () N () INFORMANTE: VÍTIMA () OUTROS () ESPECIFICAR:

HÁBITO ALCOÓLICO () ALTERAÇÃO NA MARCHA () SONOLÊNCIA/AGITAÇÃO () ALTERAÇÃO NO HUMOR () NÓBIS, CHORO, IRRITAÇÃO

USO DE OUTRAS DROGAS: S () N () INFORMANTE: VÍTIMA () OUTROS () ESPECIFICAR:

CÓCULO () MACONHA () COLA () COCAÍNA () CRACK () LANÇA-PERFUME () ANFETAMINA () ÉXTASE ()

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE: _____ REGISTRO NO HOSPITAL: _____

MÉDICO QUE RECEBEU: _____ ASSINATURA: _____

ORIENTAÇÃO PARA O AMBULATÓRIO: S () N ()

PÉDRO ESTRELO
Médico
CRM - PE 25838

ÓBITO ANTES DO ATENDIMENTO: S () N () ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO: S () N ()

PRACA RETIDA NA UNIDADE HOSPITALAR: S () N () PRANCHA RETIDA: S () N ()

EQUIPE

MÉDICO REGULADOR: Dr. Orlando MÉDICO ASSISTENTE: _____

ENFERMEIRA: _____ SOCORRISTA: _____

MOTORISTA: _____ OPERADOR DE FROTA: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA: _____

Exoneração de Responsabilidade

O subscrito certifica que a pessoa recusa atendimento contra orientação médica

Data: _____

05.802.494/0001-11
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/02/2019 23:31


Nome Paciente: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE
Cód. Paciente: 123397
Data de Nascimento: 31/10/1993
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0025
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 467319
SAME: 110219

Período: 27/02/2019 23:59 - 28/02/2019 00:01

ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

POLITRAUMA COLISAO (MOTO X CARRO), NAO UTILIZAVA CAPACETE, NAO HAVIA INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA.
APRESENTA DOR INTENSA EM REGIAO CRANIO DOLOR AO TOQUE + CORTE EM REGIAO FRONTAL DIAMETRO MEDIO+ ESCORIAÇÕES EM REGIAO NARIZ + ABDOMEM++ EDEMA DE LABIOS.
MSD (BRAÇO FRATURA FECHADA) + ESCORIAÇÕES EM PUNHO + DORSO MAO+ QDE + MMII(JOELHOS).
NEGA HAS-/DM-/ALERGIAS.
CHEGA EM USO DE COLAR CERVICAL + PANCHIA.
OBS: PACIENTE NAO LEMBRA COMO OCORREU ACIDENTE.

Observação:

SAMU CONDADO

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(as):

- DOR INTENSA (8-10/10)
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

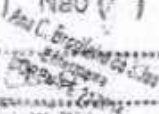
Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 102.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (x)

Local: 
Assinatura: Ana C. Crasileiro da Silva
Data: 28/02/2019

REVISADO
NEPI-HMA

Acolhido(a) por: ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/02/2019 00:01

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Página 1 de 1

20 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 54997
Paciente : 123397
Convênio Atend. : 1
Leito : 559
Dt. Início : 04/03/2019 15:00
Cid Pré-Operatório : S423
Cid Pós-Operatório :
Sala : 0001 SALA 01
JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE
SUS - INTERNACAO
VERD2-06
Dt. Fim : 04/03/2019 20:00
FRATURA DA DIAFISE DO UMERO
Atendimento : 467489
Carteira :
Idade : 25 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408020393
Convênio: 001
Anestesia: 29
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica

URGIAO
ANESTESISTA
18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
11469 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

- DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: FRATURA DIAFISÁRIA DO UMERO DIREITO
TIPO DE INTERVENÇÃO: RAFI COM PARAFUSOS INTERFRAGMENTÁRIOS + PLACA DCP 4,5 E PARAFUSOS
OPERADOR: DR. JEFFERSON CALUME
1º AUXILIAR: DR. MANOEL OLIVEIRA FERREIRA
2º AUXILIAR: DRA. JULIANA RESENDE
ANESTÉSIA: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDAÇÃO
ANESTESISTA: DRA. MARIA DA CONCEIÇÃO
01. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL SOB ANESTESIA;
 02. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO DE MSD;
 03. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS;
 04. REALIZADO INCISÃO POR VIA POSTERIOR EM BRAÇO DIREITO;
 05. DISSECCÃO POR PLANOS E REALIZADO HEMOSTASIA, IDENTIFICADOS E ISOLADOS NERVOS ULNAR E RADIAL EM BRAÇO DIREITO;
 06. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA EM DIAFISE DO UMERO COM TRAÇO LONGITUDINAL EM FRAGMENTO DISTAL;
 07. REALIZADA REDUÇÃO DA FRATURA EM FRAGMENTO DISTAL E FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5MM, INTERFRAGMENTÁRIOS;
 08. REALIZADA REDUÇÃO DA FRATURA E APOSIÇÃO DE PLACA DCP ESTREITA 4,5MM, 08 FUROS, E FIXAÇÃO COM 03 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMAIS E 03 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS;
 09. VISUALIZADO BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO IMPLANTE COM AUXÍLIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
 10. LIMPEZA COM SF0,9%;
 11. SUTURA POR PLANOS COM VICRYL 1-0 E NYLON 3-0;
 12. DRENO ASPIRATIVO 3,2;
 13. CURATIVO ESTÉRIL;
 14. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL DO MSD.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Manoel Oliveira Perceiro
Oncopediatra
CRM: 24589

DR(A): JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM: 18757

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAR 2019

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





(42) 5632675

NOME: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE REG:123397
IDADE: 25 ANOS SEXO: M DATA DA ADMISSÃO : 28/02/2019 DATA DA ALTA 03/03/19

QD: DOR EM BRAÇO DIREITO SONOLENCIA E TONTURA APÓS ACIDENETE MOTOCICLISTICO
HDA: PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 3 DIAS , COLISAO CARROXMOTO, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR E PRANCHA. COM RELATO DE PERNA DE CONSCIENCIA , SEM NAUSEAS OU VOMITOS. FEITO ATLS E TOMOGRAFIAS PRIMARIAS SEM ALTERAÇÕES . EVOLUIU COM PERSISTENCIA DE SONOLENCIA, CEFALIA TONTURA . ALEM DISSO DOR E DEFRMIDADE EM BRAÇO DIREITO. FEITO NOVA TAC DE CRANIO DIA 02/03 ONDE FOI EVIDENCIADO COLEÇÃO HIPERDENSE EXTRA-AXIAL EM REGIAO FRONTOPIRIETAL DIREITA CORRESPONDENDO A HEMATOMA SUBDURAL, ALEM DE DESVIO DE LINHA MEDIA. APRESENTA TAMBEM MULTIPLAS FRATURAS EM OSSOS NASAIS E ETMOIDE.

AP: NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES

EXAME FÍSICO: REG ORIENTADO CONSCIENTE HIDRATADA AFEBRIL CORADO EUPNEICO
NORMOTENSO HIDRATADO

AR: MV + SEM RUIDOS ADVENTICIOS, FR= 14 IRPM, SPO2= 97%

ACV: BNF 2T SS RR FC- 80 BPM PA 130X80 MMHG

ABD; SEM ALTERAÇÕES

NEUROLÓGICO: GLASGOW 14, PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES

*EXTREMIDADES: APRESENTA DOR EDEMA E DEFORMIDADE EM BRAÇO DIREITO SEM LESÃO DE PELE NV PRESERVADO. APRESENTA HEMATOMA SUBGALEAL EM REGIÃO FRONTAL E ESCORIAÇÕES EM FACE

HD: FRATURA FECHADA DA DIAFISE DO UMEROS DIREITO

TCE

FRATURA DE OSSOS DA FACE

PAULISTA, 03 DE MARÇO DE 2019

ATT.

~~Dr. S. Murali Mohan~~

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E GRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 MAY 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

SECRET-01





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE REG: 123397

IDADE: 25 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 28/2/2019 DATA DA ALTA 05/03/19

DIAGNÓSTICO: Fratura diafiseica de Ulna e Rádio

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: Redu com parafusos intramedulares + placa UCR e parafusos (04x311)

ORIENTAÇÃO:

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
 - USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
 - AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE Ortopedia
 - PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM () NÃO () NÃO SE APLICA ()
- Não pisar peso em membro operado

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 02 SEMANAS

Dr. Wilson Tibúrcio de Moraes
MÉDICO
CREMEPE - 27882

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

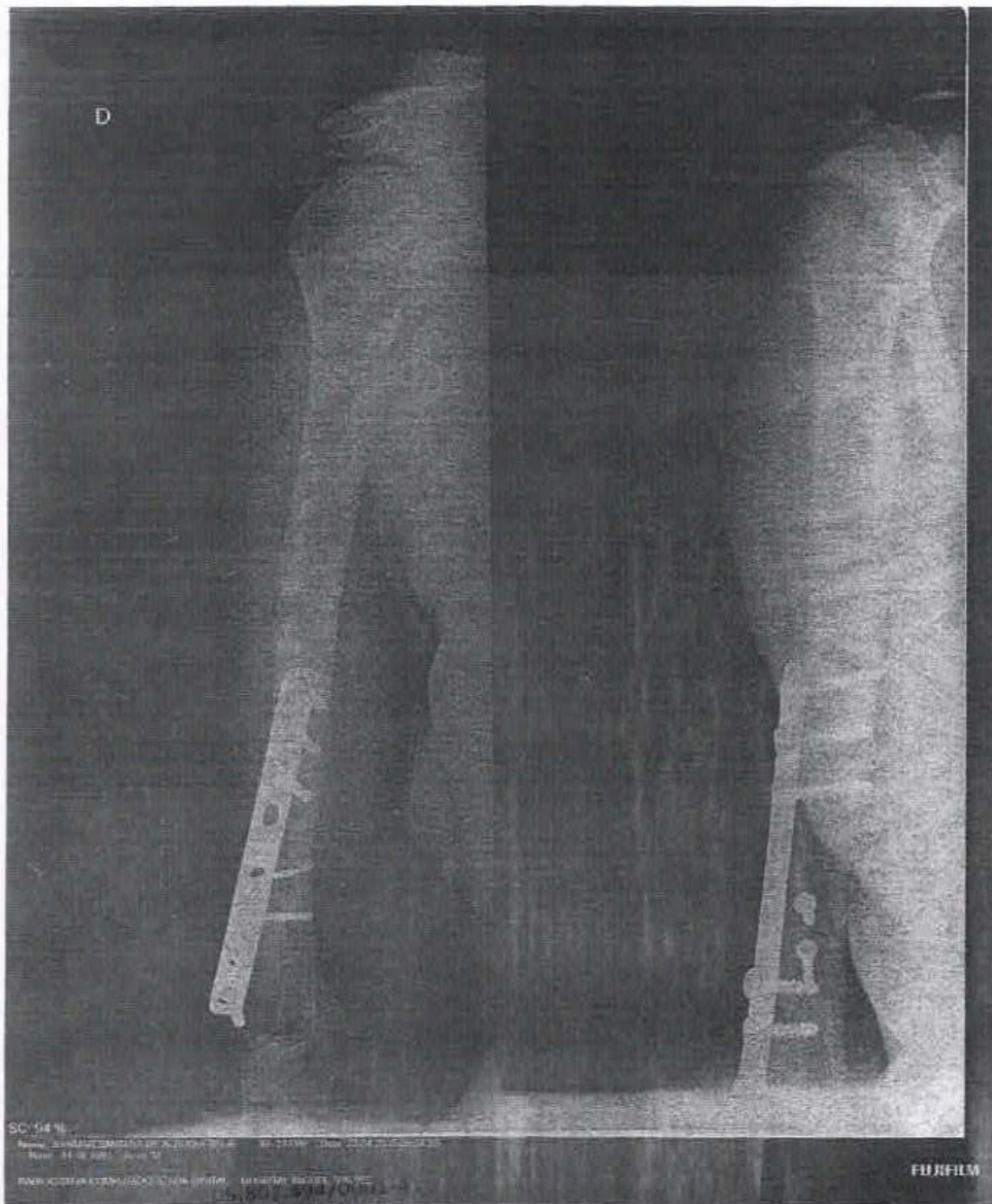
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





Serviço de Imagem:
Raio X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Ecocardiograma

**TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**

20 MAI 2020

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

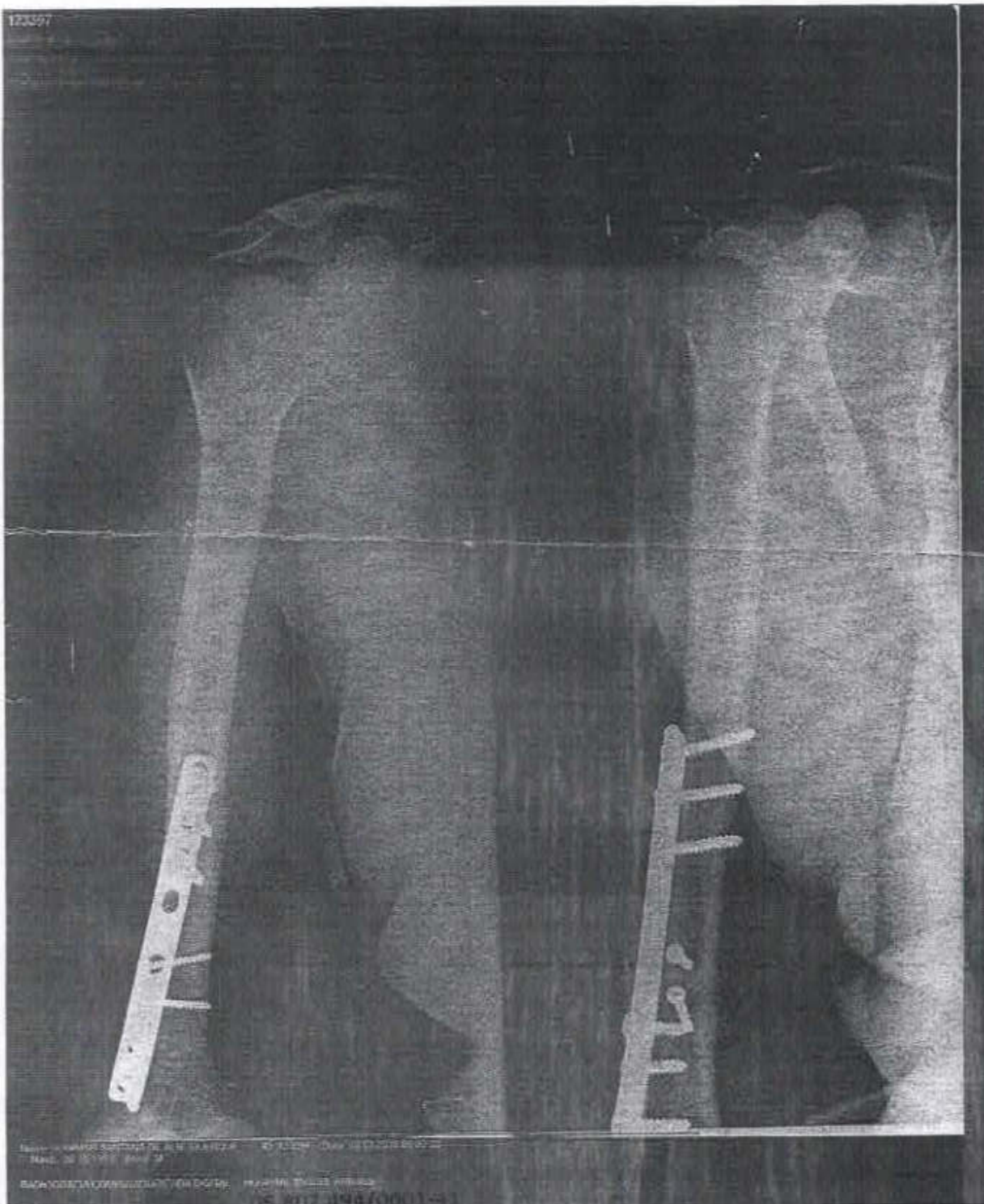
Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE. CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617



hma.imip.org.br

FUJIFILM





Serviço de Imagem:
Raio X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Conectograma

**TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617

29 MAI 2019

 fma.imlp.org.br

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: <u>27/02/2019</u>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <u>27/02/2019</u>
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <u>Joanna Santos de Albuquerque</u>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <u>- Fratura do úmero direito.</u>	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): <u>- Osteossíntese com placas e parafusos.</u> <u>- Fisioterapia motora 20 sessões.</u>	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª <u>Doi, déficit de força e ADM no</u>
2ª <u>cotovelo direito com perda de</u>
3ª <u>25% de função.</u>
4ª
5ª

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE <u>28/05/19</u> A <u>28/05/19</u> E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL <u>Boiana - PE.</u>	ASSINATURA E CARIMBO <u>28/05/19</u> 

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

