



Número: **0076247-24.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCELO PEREIRA DE SOUZA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56658 000	20/01/2020 13:04	2686129_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00762472420198172001

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARCELO PEREIRA DE SOUZA** e outros, 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 **16/05/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 01/08/2019.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnano 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 VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

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;



Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 01/08/2019 após 01 ANO E 03 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 16/05/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

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

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

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

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


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)



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\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 Seguradora LÍDER <small>Administradora do Seguro DPVAT</small>		
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190504280	Cidade: Recife	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: MARCELO PEREIRA DE SOUZA	Data do acidente: 16/05/2018	Seguradora: MBM SEGURADORA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 03/09/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: LUXAÇÃO EXPOSTA DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO + REDUÇÃO + IMOBILIZAÇÃO ALTA. P 1/2/9				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.				
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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50



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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **16/05/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta 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: 09/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO PEREIRA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00678

CONTA: 000000053274-5

Nr. da Autenticação 564C2273D0EF3642

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.

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 HOUEVE 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."

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



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

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

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

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

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

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e seqüela 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\$ 337,50 (TREZENTOS E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA 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.

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.



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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar 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 Sumula 474 do STJ.**

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 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 seqüela 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 seqüelas 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	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	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 dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARCELO PEREIRA DE SOUZA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00762472420198172001.

Rio de Janeiro, 13 de janeiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0076247-24.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCELO PEREIRA DE SOUZA (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56658001	20/01/2020 13:04	ANEXO 1	Outros (Documento)



ARUANA SERRADORA
28 ACO 2013



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTATO DO RIO DE JANEIRO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1221607980

PRIMEIRO PLÁSTICO
 1221607980

NOME
 FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 6141955 SDS PE

CPF
 088.639.394-69

DATA NASCIMENTO
 30/06/1983

PLACAO
 FERNANDO FERREIRA DE OLIVEIRA
 DIJANEITE BRANDAO DE OLIVEIRA

PROFISSÃO
 [REDACTED]

ACC
 [REDACTED]

CAT. N.º
 2B

N.º REGISTRO
 05229956971

VALIDEZ
 13/02/2021

EMISSÃO
 16/06/2011

OBSERVAÇÕES
 sem observações

LOCAL
 RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
 18/02/2016

[Assinatura]

84431504663
 28071344637

DETRAN - PE PERMAMBURO

ARQUIVA SEGURADORA
 28 AGO 2013



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014805223258
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 1019978748 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2019

NOME: MARCELO PEREIRA DE SOUZA

RECIFE-PE CPF / CNPJ: 621.389.104-82 PLACA: OY05950

PLACA ANT.: ***** / PE CHASSI: 9C2HF1710FR500969

ESPECIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA / PCX 150 ANO FAB: 2014 ANO MOA: 2015

CAP. / POT. / CIL: 2P / 152CL CATEGORIA: PARTIC. COR PREDOMINANTE: ERETA

COTA ÚNICA: IPVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1º *****

FAIXA IPVA: 1 PARCELAMENTO / COTAS: 2º *****
3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 80.11 IOF (R\$): 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$): 84.58 DATA DE PAGAMENTO: 09/04/19

OBSERVAÇÕES: AL. FID. BANCO ITAOCARD SA

RECIFE: Roberto Carlos Moreira Fontelles
DATA: 10/04/19
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

ARUANA SEGURODORA
28 ACO 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190504280 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO PEREIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 16/05/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO EXPOSTA DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO + REDUÇÃO + IMOBILIZAÇÃO ALTA. P 1/2/9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MARCELO PEREIRA DE SOUZA
 DATA DO ACIDENTE 16/05/18 CPF DA VÍTIMA 621.389.104-82
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Prócu-lador
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. CONDE GO JOSÉ FERNANDES MACHADO
 Nº 233 COMPLEMENTO CASIA BARRIO VARZEA
 CIDADE REUNTE UF PE CEP 50.970-230
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 98552-9424

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA PERMANENTE
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E DO TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.000,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.000,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 021 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____ DATA ARUANA SEGURADORA

IDENTIDADE 6.141.955-505/PE NOME 28 AGO 2018

ASSINATURA [Assinatura] ASSINATURA [Assinatura]



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190504280 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO PEREIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 16/05/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO EXPOSTA DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO + REDUÇÃO + IMOBILIZAÇÃO ALTA. P 1/2/9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
Total			1 %	R\$ 135,00





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, 15 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504280

Vítima: MARCELO PEREIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 16/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELO PEREIRA DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **MARCELO PEREIRA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000000678**

Conta: **0000053274-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504280

Vítima: MARCELO PEREIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 16/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO PEREIRA DE SOUZA

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 14914042

Pag. 01581/01582 - carta_01 - INVALIDEZ

00300791



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 621.389.104-82 4 - Nome completo da vítima: MARCELO FERREIRA DE SOUZA

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

5 - Nome completo: MARCELO FERREIRA DE SOUZA 6 - CPF: 621.389.104-82
7 - Profissão: ECUZA 8 - Endereço: R. JOÃO SALES DE NEZES 9 - Número: 162 10 - Complemento: CASA A
11 - Bairro: VARZEA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.740-110
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 085529424

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0678 CONTA: 53274 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autoriza 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Gou de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (s) (nascidos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Recife, 27/08/2019
Marcelo Ferreira de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiária (declarante) _____ 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A435 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 24/05/2019

>> CONSULTA EFETUADA COM SUCESSO | MOVTO. E SALDO DO DIA
PAG: 001 / 001
AG: 0678 - CIDADE UNIVERSITARIA OPER: 013 CONTA: 53.274-5
NOME: MARCELO PEREIRA DE SOUZA LIMITE FLUTUANTE GIM;
DISPONIVEL.: 26,51 LIMITE CHEQUE AZUL:
SALDO TOTAL: 26,51 BLOQUEADO: 0,00

NR.DOC HISTORICO VALOR

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG. TEY32E22
F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR

ARJANA SEGURADORA
28 ACO 2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 014ª CIRCUNSCRIÇÃO - VÁRZEA - DP14ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0104002288

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/08/2019** às **15:38**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **16/5/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAXANGA (BAIRRO), 1, RODOVIA PE - 05 - APÓS A UPA DA CAXANGÁ** - Bairro: **CAXANGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VEICULO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARCELO PEREIRA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO PEREIRA DE SOUZA**

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

MARCELO PEREIRA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**Mãe: **MARIA DE LOURDES SOUZA** Data de Nascimento: **23/2/1962** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE VARZEA (BAIRRO), 162, RUA JOÃO SALES DE MENEZES - A - CEP: 55000-000 - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCELO PEREIRA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO PEREIRA DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/PCX 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OY05950** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

01/08/2019 15:31



Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SENHOR MARCELO PEREIRA INFORMANDO QUE NA DATA E HORARIO CITADO TRAFEGAVA SENTIDO CAMARAGIBE/RECIFE, QUANDO O SINAL FICOU AMARELO E O GUARDA APITOU E ELE IMEDIATAMENTE PAROU, FOI QUANDO O VEICULO QUE VINHA LOGO ATRÁS COLIDIU COM A SUA MOTO VINDO A DERRUBÁ-LO. QUE ELE FICOU DESACORDADO, SENDO SOCORRIDO POR EQUIPES DO SAMU PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, AONDE PERMANECEU POR DOIS DIAS. QUE TEVE UM DEDO DA MÃO ESQUERDA FRATURADO.

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


MARCELO PEREIRA DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **SIMONE REGINA DE BARROS SOUZA** - Matrícula: **2731681**



01/08/2019 15:31



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 621.389.104-82 4 - Nome completo da vítima: MARCELO FERREIRA DE SOUZA

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

5 - Nome completo: MARCELO FERREIRA DE SOUZA 6 - CPF: 621.389.104-82
7 - Profissão: ECUZA 8 - Endereço: R. JOÃO SALES DE NEZES 9 - Número: 162 10 - Complemento: CASA A
11 - Bairro: VARZEA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.740-110
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 085529424

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECLUSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0678 CONTA: 53274 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Gêu de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (s) (vivo(s))? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Recife, 27/08/2019
Marcelo Ferreira de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





POR VOCÊ, TRABALHANDO SEM PARAR.



SAMU
192

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 063.07.2018
EM: 23.07.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **FABIANA MARIA DE OLIVEIRA**, portadora do Documento de Identidade nº **4414433** SDS/PE, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-477597**, que no dia 16 de maio de 2018, o paciente Sr. **MARCELO PEREIRA DE SOUZA**, portador do Documento de Identidade nº **3386965** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **621.389.104-82**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima envolvido em colisão entre automóvel e moto, por volta das 09h25, na ROD PE-05, imediações após a UPA Caxangá, Várzea, Recife/PE e, sendo conduzido para o Hospital Getúlio Vargas, Recife, 23 de julho de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife

Sérgio Parente Costa
Dr. **Sérgio Parente Costa**

Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

ARIANA SEGURADORA
28 AGO 2018



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: 09/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO PEREIRA DE SOUZA

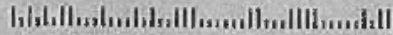
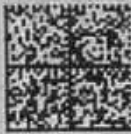
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00678

CONTA: 000000053274-5

Nr. da Autenticação 564C2273D0EF3642





CTC RECIFE PE PL1
 KECIA SOUZA GOMES
 R JOAO SALES DE MENEZES 00162
 VARZEA
 50740-110 RECIFE PE

marisa



721041938150306000002548330170719

Data Postagem: 17/07/2019 Data de Vencimento: 29/07/2019

Id.: 781558 - Seq.: 0260 - 01003 / Marisa_781558_INS_001

ARUANA SEGURADORA
 28 AÇO 2013

PRÉ
 COLEÇÃO



marisa

MAIS MODA
 MAIS TENDÊNCIA
 MAIS QUALIDADE

**PROMOÇÃO
 TODOS OS
 SONHOS**
 Concorra a 2 viagens
 de cruzeiro por semana
 com acompanhante,
 além de uma carteira
 para as férias Marisa.

COMPRE TAMBÉM PELO SITE MARISA.COM.BR

Pré-coleção válida de 18/07/2019 a 31/08/2019 em todas as lojas físicas e no site www.marisa.com.br. Válida enquanto durarem os estoques. Promoção Todos os Sonhos Marisa. Período de participação: 12/06/2019 a 08/09/2019, válido apenas para compras efetuadas com os cartões Marisa Privilege Label e cartões Marisa Itaucard. Consulte condições de participação, datas dos sorteios e regulamento completo no site www.marisa.com.br/todosossonhos. CERTIFICADO DE AUTORIZAÇÃO SEFEL nº D4.002091/2019. Imagens Ilustrativas.





FERNANDA B D OLIVEIRA
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233A
VARZEA
50970-230 RECIFE PE

Fatura Mensal

RCHLO | **MIDWAY** **VISA**
RIACHUELO FINANCEIRA

Resumo das Despesas R\$

Saldo Anterior	1.069,50
1 Pagamentos/Créditos	1.069,50
2 Encargos	0,00
3 Despesas/Débitos no Brasil	582,98
4 Despesas/Débitos no Exterior	0,00
5 Saldo desta Fatura	582,98

O Parcelamento apresentado será efetuado em parcelas de até 12x, a critério do fidejussor, possibilitando que você realize pequenos pagamentos desde antes do vencimento. Se a soma dos pagamentos realizados antes do vencimento não atingir o total do faturado, não há qualquer prazo para efetuar o saldo restante do faturado até o vencimento. O parcelamento automático será realizado a partir do mês em que você efetuar o primeiro pagamento em até 15 dias úteis. Encargos por atraso e 12% efetivos de juros, serão aplicados na data de lançamento. Não haverá penalidade por atraso na entrega das parcelas. Qualquer pagamento efetuado após a data de vencimento será considerado uma dívida em atraso.

Vencimento:
18/06/2019

Titular: FERNANDA B D OLIVEIRA
Cartão: XXXX.XXXX.XXXX.X121

Vencimento	Saldo a Pagar R\$
18/06/2019	582,98

Parcelamento de Fatura até o Vencimento
11x de R\$ 95,96

Outras opções de Parcelamento de Fatura até o Vencimento na folha anexa ou na Central de Atendimento

Parcelamento Automático
Pague qualquer valor igual ou acima de R\$ 85,79 e saldo restante em até 15x com juros

Atenção: Para ativar o parcelamento efetue o pagamento exato do valor da primeira parcela até o vencimento.

Atenção: Se deseja antecipar parcelas ou a totalidade do financiamento entrar em contato com a Central de Atendimento para emissão de um novo boleto.

Histórico das Despesas		
DATA	DESCRIÇÃO	VALOR
18/06/19	Seguro Perda e Roubo Bandeira	250 D
18/06/19	Acidentes Pessoa/Família	12,05 D
	FERNANDA B D OLIVEIRA X121	
19/03/19	ATACADO DOS PRESENTES	03/03 25,33 D
23/04/19	SPUR BGA VISTA	02/06 50,00 D
18/05/19	CAMPOS CHOCOLATES BOA	10,00 D
18/05/19	YES COSMÉTICS	01/02 34,90 D
19/05/19	MELHOR COM DE ALUMEN L	7,79 D
19/05/19	MELHOR COM DE ALUMEN L	32,28 D
20/05/19	PRODUTOS GLOBO	17,01 D
22/05/19	JOSE MATIAS NETO MER	53,17 D
24/05/19	JOSE MATIAS NETO MER	16,95 D
24/05/19	JOSE VALDIR DA SILVA L	20,90 D
26/05/19	JOSE MATIAS NETO MER	01/02 90,22 D
27/05/19	PERANAMBUCO MOTOS LTDA	10,00 D
31/05/19	EVOLUCAO MOTO PECAS	35,90 D
01/06/19	JOSE MATIAS NETO MER	46,40 D
03/06/19	POSTO CAYMAN LTDA	30,00 D
03/06/19	PASSIRA	43,00 D
04/06/19	VILA BELA C.COMARISTE	30,00 D
04/06/19	MEGA UNIDOS	01/02 25,00 D
	SUBTOTAL	830,52
18/05/19	PAGAMENTO	1.069,50 C
18/06/19	ANUIDADE RACHUELO - TITULAR	01/03 29,00 D

Limite para Compra	
Total	Disponível
1.340,00	410,52

Limite para Saque	
Total	Disponível
134,00	134,00

Encargos			
Descrição	Taxa Juros	CEI	
Refinanciamento de Saldo	13,00 % a.m.	376,74 % a.a.	14,53 % a.m.
Refinanciamento Max. Próximo Mês	13,00 % a.m.	376,74 % a.a.	14,53 % a.m.
Parcelamento de Fatura	13,00 % a.m.	376,74 % a.a.	14,78 % a.m.
Parcelamento de Fatura Max. Próximo Mês	13,00 % a.m.	376,74 % a.a.	14,78 % a.m.
Multa Contratual Por Atraso	2,00 % a.m.	0,00 % a.a.	0,00 % a.m.
Juros Remuneratórios de Atraso	13,00 % a.m.	376,74 % a.a.	14,51 % a.m.
Juros de Mora (Pré-Rate)	1,00 % a.m.	0,00 % a.a.	0,00 % a.m.
Taxa de cobrança por Atraso	R\$ 0,00	R\$ 0,00	0,00 % a.m.

Nº Sorteio - Produtos Financeiros			
Descrição	Código	Valor	Data Sorteio
PERDA E ROUBO	084993	10.000,00	27/07/19
ACID.PESSOAL.FAM.	020370	10.000,00	27/07/19

Informações Importantes
A PARTIR DE 02 DE MAIO DE 2019 O VALOR DA ANUIDADE DE SEU CARTÃO RACHUELO SERÁ ALTERADA DE R\$ 25,00 PARA R\$ 29,00, LANÇADA CONFORME A DATA DE ANIVERSÁRIO DA ANUIDADE.
Informamos que em caso de restrição nos órgãos de proteção ao crédito, a Empresa suspenderá a concessão do crédito, conforme cláusula contratual 8.7.

ARLIANA SEGURADORA
28 AÇO 2013





**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 85 | 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção a 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 056.639.994 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediária (a) do Beneficiário

MARCELO PEREIRA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 621.389.104 / 82

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCELO PEREIRA DE SOUZA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 621.389.104 / 82, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade de presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS		Número: 233	Complemento: CASA
Bairro: PARZEA	Cidade: RECIFE	Estado: PE	CEP: 50.970-230
E-mail: fernandabrandao2013@gmail.com		Tel.(DDD): 81 98552-9424 / 81 99472-7858	

Local e Data: Recife, 15 de Agosto de 2019

Assinatura do Declarante

ARJANA SEGURADORA
28 AGO 2019

DLDR1.001 V001/2017





BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARCELO PEREIRA DE SOUZA

1. Ocorrência da Emergência: 582130

1.1 - Atendimentos em: 16/05/18

1.2 – Às 09 horas e 54 minutos.

1.3 – Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1085663

2.1 – Internado em: 16/05/18

2.2 - Alta em: 18/05/18

3. Hipótese Diagnóstica: LUXAÇÃO EXPOSTA DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 16/05/18 = LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + REDUÇÃO + IMOBILIZAÇÃO.

5. Observação: COLISÃO MOTO X CARRO.

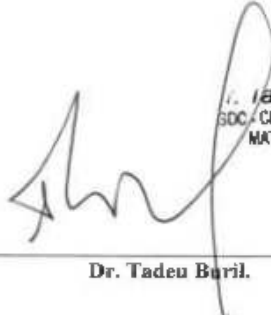
DATA: 14.8.2018

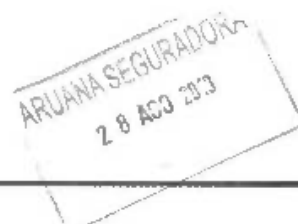
HORA: 10:23:00

PASTA: 01.08.2018

TB

RS


Dr. Tadeu Baril
SOC. CREMEPE-3019
MAT. 096683



marcar
a volta
no ambulatório

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



SERVICO DE ORTOPEDIA

ALTA HOSPITALAR

Nome: **Marcelo Pereira de Souza** REG 1085663

Data de Internamento: 16/05/2018 Data de Alta: 18/05/18

Dias Internado: 3 dias

Data Cirurgia: 16/05/2018

Hipótese Diagnóstica: Luxação exposta de IFP de 4º QDE

Tipo de Cirurgia: Redução cruenta

Cirurgião: Dr. Kauffman

História Clínica:

Paciente com Luxação exposta de IFP de 4º QDE é submetido a procedimento cirúrgico dia 16/05/2018. Evolui sem intercorrências, recebendo alta para ambulatório. Oriento sobre vacinação

Orientações:

1. Prescrevo:
 - a. Cefalexina 500mg 6/6h por 10 dias
 - b. Paracetamol 750mg 6/6h se dor
2. Procurar a emergência em caso de intercorrência febre, saída de secreção purulenta, novo trauma).
3. Retorno ao ambulatório de HGV com 7 dias para marcação de consulta de retorno
4. Curativo diário no PSF
5. Vacinação antitetânica

Recife, 18/05/18

Médico

Thiago Gomes dos Reis
Médico - CRM 19.789





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o (a) **Marcelo Pereira de Souza**
Sr. (a)

necessita de () dias de afastamento do trabalho, a
partir desta

data por motivo de doença.

CID: S-62.9

Ortopedia / HGV
HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

18/05/18
LOCALIDADE E DATA

Thiago Gomes dos Santos
Médico - CRM 19.769

Assinatura do médico - CRM nº

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

Avenida General San Martín, s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50630-00
Fone: (81) 3184 5600

ARTIGANA SEGURADORA
28 ACO 2013





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



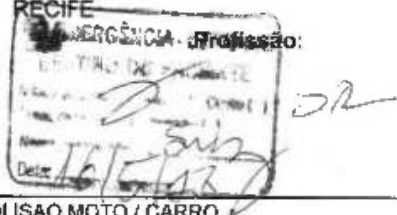
1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 582130 **Prontuário:** 1085663

Nome: MARCELO PEREIRA DE SOUZA
Data Nasc.: 23/02/1962 **Idade:** 56 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** _____
CPF: _____ **RG:** 3386965 **CNS:** _____

Endereço: RUA JOAO SALES DE MENEZES DE 1 A 413 **Nº:** 162
Bairro: IPUTINGA **Cidade:** RECIFE **Estado:** PE
CEP: 50740110 **Fone:** 83162686

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES SOUZA
Acompanhante: KECIA SOUZA GOMES (FILHA)
Nome do Conjuge: _____
Local de Procedência: VIA URBANA
Clinica: CIRURGIA GERAL



Ocorrência: REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / CARRO

Acidente de Trabalho: Sim Não

ATENDIMENTO DATA: 16/05/2018 **HORA:** 09:54 **h Médico:** _____

Queixa Principal / HDA: Colisão autox moto há 1 hora, fez a
 uso de capacete. Não desmaiou ou perda de consciência
 Fratura exposta na mão.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo: _____	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo: _____	Motorista: <input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/>
Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local de Impacto: _____	
Vítima de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo: _____	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: _____ m
Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por: _____	Transporte Realizado por: _____
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que: _____	

Observações:

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pérvia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.: _____ °C

BEG

B: Respiratório

expansão, MVA sm A+T SpO2 99%

C: Circulatório

PA: 140 x 90 mmHg Pulso: 107 bpm
 Rubor periférico ⊕ e cheios / simétricos

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal
Score: _____ Hora: _____	Score: _____ Hora: _____
Glasgow: Resposta Motora	
Score: _____ Hora: _____	



HGV - Hospital Getúlio Vargas

Prontuário: 1085663 **CNS:** _____

Paciente: MARCELO PEREIRA DE SOUZA **Leito:** SR 38

Clinica: SALA DE RECUPERAÇÃO **Sexo:** MASCULINO

Nasc.: 23/02/1962 **Idade:** 56 Anos 2 Meses **Fone:** 8316-2686

Mãe: MARIA DE LOURDES SOUZA

End.: RUA JOAO SALES DE MENEZES DE 1 A 413, 162 - IPUTINGA - RECIFE - PE - Cep: 50740110

Atendimento: 16/05/2018 **HR:** 18:48 **USUARIO:** SUZYBO





**HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA**



E: Abdômen	
flácido, depressível, p/ rítoicos.	
Diagnóstico Inicial: Pelittrauma	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados : 1 - Especializados	
Retina pelittrauma	
Resultado de Exames:	Código Procedimento:
ALTA DA CIRURGIA GERAL	
AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA	
Tratamento / Procedimentos:	Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento:
	Dr. Bruno Bezerra Ass. Cirurgião Geral Endoscopia Digestiva CRM/PE 11010
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externo: <input type="checkbox"/>	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta / internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data: _____	Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____	Assinatura: _____
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data: _____	Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____	Assinatura: _____
Cadastramento: 16/05/2018 09:54 h JOSENEIDEAS	impressão: 16/05/2018 09:54 h JOSENEIDEAS

26105

F. Bezerra

Pelo o dia e o horário Médico
 ONO. o furo no pau rolar
 mx o lrucaçõ. Pelo o furoçõ, o
 obter quies. sem completa
 co: to cura visão



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 16/05/2018 09:46

Nome Paciente: MARCELO PEREIRA DE SOUZA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 23/02/1962
Sexo: Masculino
Idade: 56
Senha: E0010
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 16/05/2018 09:47 - 16/05/2018 09:47

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM MAO ESQUERDA E ESCORIAÇÕES EM FACE APOS COLISÃO MOTO X CARRO.

HAS+
DM-
ALERGIA NEGA

Observação: SAMU

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/05/2018 09:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

ARQUIVA REGISTRADORA

28 AGO 2018
Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO: 16/05/18

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS. CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

- IDADE > OU IGUAL 85 ANOS
- CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS
- COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO
- DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE
- PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA
- DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA
- HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA
- ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)
- OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA
- SEDAÇÃO/ANESTESIA
- MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL
- URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL
- HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA
- PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

COLOCADO PULSEIRA ROXA

NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

SIM

NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

Alessandro Lucena
 Enfermeiro
 COREN 366975

Avenida Coronel San Martin 491 - Cordeiro
 Recife/PE - CEP 51.040-080
 Fone: (0800) 3194880

HGV.1028.V.1.2016.



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



SERVIÇO DE ORTOPEDIA

ALTA HOSPITALAR

Nome: **Marcelo Pereira de Souza** REG 1085663

Data de Internamento: 16/05/2018 Data de Alta: 18/05/18

Dias Internado: 3 dias

Data Cirurgia: 16/05/2018

Hipótese Diagnóstica: **Luxação exposta de IFP de 4º QDE**

Tipo de Cirurgia: Redução cruenta

Cirurgião: Dr. Kauffman

História Clínica:

Paciente com **Luxação exposta de IFP de 4º QDE** é submetido a procedimento cirúrgico dia **16/05/2018**. Evolui sem intercorrências, recebendo alta para ambulatório. Oriento sobre vacinação

Orientações:

1. Prescrevo:
 - a. Cefalexina 500mg 6/6h por 10 dias
 - b. Paracetamol 750mg 6/6h se dor
2. Procurar a emergência em caso de intercorrência febre, saída de secreção purulenta, novo trauma).
3. Retorno ao ambulatório de HGV com 7 dias para marcação de consulta de retorno
4. Curativo diário no PSF
5. Vacinação antitetânica

Recife, 18/05/18

Médico

Thiago Gomes dos Anjos
Médico - CRM 19.769

ARUANA SEGURADORA
28 AC3 2013





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

Secretaria Estadual de Saúde



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: MARCELO PEREIRA DE SOUZA Registro: 1085663

Data da operação: 16/05/2018

Operador: DRA CLAUDIA BARBOSA

1º auxiliar: DR LYSON AGUIAR (MR2) 2º auxiliar: DR FABIO (MR1)

ANESTESISTA: O CIRURGIÃO

Diagnóstico pré-operatório: LUXAÇÃO EXPOSTA DE IFP DE 4º QDE

Tipo de operação: LMC + DESBRIDAMENTO + REDUÇÃO + IMOBILIZAÇÃO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local.
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Garroteamento do 4º QDE
- 5) Visualizada luxação de IFP do 4º QDE
- 6) Realizado desbridamento de tecidos desvitalizados;
- 7) Limpeza copiosa com SF0,9%;
- 8) Redução da luxação e estabilidade após o procedimento
- 9) Aproximação de bordos do ferimento com Nylon-4-0
- 10) Retirada de garrote
- 11) Curativo estéril
- 12) Imobilização adesiva de 3º e 4º QDE

Dr. Lyson Aguiar
MÉDICO
CRM-PE 12528

