



Número: **0070128-47.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDRE VALDOMIRO DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56892685	24/01/2020 09:55	2686415_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00701284720198172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

ARUANA SEGUROS S/A, empresa seguradora com sede à Rua Visconde de Piraja, 547 - Sala 802 - Ipanema - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22410-003, inscrita no CNPJ sob o número 07.017.295/0001-58 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 **ANDRE VALDOMIRO DA SILVA**, 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 **09/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 10/08/2019.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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



Imperioso ressaltar a ausência de nexo causal entre o acidente alegado e as lesões suportadas, haja vista que os documentos apresentados são meramente declaratórios, incapazes de atestar que a suposta invalidez tenha decorrido do acidente aduzido.

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.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

PRELIMINARMENTE

DA ILEGITIMIDADE DO POLO PASSIVO

Inicialmente, frisamos que a Seguradora Ré, a saber, ARUANA SEGUROS S.A., desligou-se do Convênio DPVAT, respondendo portanto, somente por sinistros que foram devidamente regulados por ela até a data do desligamento, o que não é o caso da presente demanda.

Sendo assim, a Ré é parte ilegítima para compor a presente demanda, uma vez que esta não faz mais parte das Seguradoras conveniadas ao Convênio DPVAT.

Face esta circunstância, não se configura, pois, qualquer relação de direito material entre a parte Autora e a Ré capaz de legitimar interesse jurídico no ajuizamento desta demanda diretamente contra a Contestante, por faltar uma das condições da ação, qual seja, a legitimidade, restando à parte autora carecedora de ação.

Todavia, em atenção ao princípio da celeridade processual, pugna-se pela substituição da demandada, pela Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, vez que a mesma foi criada com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT.

A Resolução CNSP de n.º 154 determinou a constituição de uma Seguradora especializada para administrar os Consórcios do Seguro DPVAT – anteriormente conhecido como “*Convênio do Seguro Obrigatório DPVAT*”.

Ademais, tem-se que a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT já detém autorização da SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, para operar no que tange ao Seguro Obrigatório DPVAT, conforme Portaria n.º 2797/07.

Assim, requer a substituição do polo passivo para a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT. Caso não seja o entendimento do nobre Magistrado, requer-se a extinção do feito sem resolução do mérito, nos termos do art. 485, VI, do CPC, ante a ilegitimidade passiva demonstrada.



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.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 10/08/2019 após 02 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 09/06/2019, 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, CPC¹.

¹“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)



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 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.



Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS

A Lei que regula a indenização pleiteado pelo Autor é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

O autor apresentou sua tese de maneira simplista, pois segundo ela, bastaria informar ao juízo que a fora acometida de acidente automobilístico e sofre com dores em decorrência do sinistro.

A parte autora apresenta documentos médicos comprovando atendimento a partir dos fatos narrados unilateralmente por ela, conforme se depreende abaixo:



ANAMNESE

Paciente: **ANDRE VALDOMIRO DA SILVA** Atendimento: 01246778
Nome Social:
Data Nascimento: 15/11/1986 Idade: 32 Anos, 6 Meses e 25 Dias Prontuário: 00419553
Sexo: Masculino Sinal N.º: 0148

Data e Hora: 09/05/2019 19:35h

CLASSIFICAÇÃO:
Queixa Principal: **PACIENTE REFERE QUE DOR EM REGIÃO DE LAC COM DOR EM MSD**

Alergia:
Observação: DESCONHECE ALERGIA
NEGA DM + HAS
DOC:
SUS

AFERIÇÃO:
Peso:
P.A. Sistólica: PAS: 111 MMHG Altura: P.A. Diastólica: PAD: 80 MMHG Temperatura:
Freq. Respiratória: FR: 12 BPM HGT: Freq. Cardíaca:

OPD/FND:
DOR EM REGIÃO ACROMIO CLAVICULAR DIREITA APÓS TRAUMA

Exame físico:
DEFORMIDADE EM REGIÃO DA LAC

Exames comp./metabólicos:
RA

MO:
LAC

Conduta:
AG HRA

Evolução:

Ass. do Médico
Dr(a): **ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA**
CRM - 21731

Av. João Barbosa Adv. 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ - CEP: 20010-020
Bairro: Indaial - Centro - Goiânia/GO - CEP: 74065-530

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



Em contrapartida, verifica-se na presente demanda que não há qualquer documento corroborando a suposta invalidez permanente, o autor não demonstra qualquer tratamento médico ou qualquer acompanhamento, fisioterapia o qual atestasse que o membro não exerceria a função da mesma forma natural.

Desta forma, sempre que um problema jurídico vai ter na indagação ou na pesquisa da causa, desponta a sua complexidade maior.

Mesmo que haja culpa e dano, não existe obrigação de reparar, se entre ambos não se estabelecer a relação causal.

Portanto, como não há nexo causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, I, da Lei Processual Civil.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que 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.

Assim, 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%.

² 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.

³ **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.”



Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, 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.

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 citação⁴.

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 ação⁵

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme 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).

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ **art. 1º . (...)**

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



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 nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando 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 **ARUANA SEGUROS S/A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANDRE VALDOMIRO DA SILVA**, em curso perante a **13ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00701284720198172001.

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





Número: **0070128-47.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDRE VALDOMIRO DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56892686	24/01/2020 09:55	ANEXO 1	Outros (Documento)



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: 4020-1996 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 91 80 | 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/DOCCORRIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=19636>

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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E PESSOAL. 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 9.513/98.

Pelo exposto, eu Joilson Ferreira Macedo
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 540.974.874 / 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
André Valdomiro da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.872.574 / 10
do sinistro de DPVAT cobertura Dams da Vítima André Valdomiro da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.872.574 / 10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recusa 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 Antenor Navarro</u>	Número: <u>729</u>	Complemento: <u>-</u>
Bairro: <u>Retiro Alto</u>	Cidade: <u>Paruaru</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>macedo ff 43 @ gmail . com</u>	CEP: <u>55032-210</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 99907.7180</u>

Local e Data:

Paruaru, 04 de julho de 2019

Joilson Ferreira Macedo
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 Jun 2019

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

DLRL-001 V001/2017





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoredolider.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)

Capital 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

Eu, Valmir Valdomiro da Silva,
RG nº 5.903.545, data de expedição 09/06/2016
Órgão _____, portador do CPF nº 038.900.504.50,
com domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Queimada do Pereira Zava Rum, nº 514,
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
André Valdomiro da Silva, cujo o condutor era
André Valdomiro da Silva.
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda/CG 150 Fan EST Ano: 2012
Placa: PFY 5391 Chassi: 9C2KC1670CB621474
Data do Acidente: 09/06/19

Local e Data:

Agrestina 04 de julho de 2019
Valmir Valdomiro da Silva
Assinatura do Declarante

André Valdomiro da Silva
Assinatura do Condutor

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

Cartório do Registro Civil e Tabelionato do 3º Distrito
Rua da Ribeira, nº 48 - Agrestina - Tel: (51) 336920409
Reconheço por autenticidade a firma indicada de
VALMIR VALDOMIRO DA SILVA
que comparece a/ o padrão exp. nesta escritura, em 04
de julho de 2019.
Em testemunha de verdade
MANUEL FERREIRA FILHO (NOTÁRIO)
Escr.: Nº 2.79 TRES Nº 0.66 Total Nº 3.45
Válido somente com o selo: 107.666.42306301.00290
Consulte autenticidade em www.tre.br/selodigital.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL OFICIAL
Manuel Ferreira Filho
Rua Barra do Jardim - 3º Distrito
Agrestina - PE

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Manuel Ferreira Filho
Rua Barra do Jardim - 3º Distrito
Agrestina - PE
05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRÊA
DE SEGUROS LTDA
13/06/2019

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





Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria da Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento

ANAMNESE

Paciente: **ANDRE VALDOMIRO DA SILVA**

Atendimento: 01246778

Nome Social:

Data Nascimento: 15/11/1986

Idade: 32 Anos, 6 Meses e 25 Dias

Prontuário: 00419683

Sexo: Masculino

Senha N.º: 0148

Data e Hora: 09/06/2019 19:35h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE REFERE **QUEIXA DE MOTO NO LAC** COM DOR EM MSD

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM + HAS

DOC:

SUS

AFERICAÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A. Sistólica: PAS: 111 MMHG

P.A. Diastólica: PAD: 80 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

OPD/ROA:

DOR EM REGIÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DIREITA APÓS TRAUMA

Exame Físico:

DEFORMIDADE EM REGIÃO DA LAC

Exames complementares:

RX

HD:

LAC

Conduta:

AO HRA

Evolução:

Anderson Ary Dias de Oliveira Silva

Ass. do Médico

Dr(s): **ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA**

CRM - 21731

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2019

At. João R. F. Gomes - IMIP, S. A.
Sant. Indisciplina - Cláudio Carneiro PE - CEP. 55.000-000
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



Atto-Declaratório

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: ANDRE VALDOMIRO DA SILVA

Atendimento: 01246778

Nome Social:

Data Nascimento: 15/11/1986 Idade: 32 Anos, 6 Meses e 25 Dias

Prontuário: 00419663

Sexo: Masculino

História Atual:

DOR NO OMBRO DIREITO APÓS TRAUMA

Exame Físico:

Exames Complementares/Resultados:

RX

Hipóteses Diagnósticas:

LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR

Conduta:

TIPOIA

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: ☐ SIM ☒ NÃO

Transferido / Encaminhado para:

43 -TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Motivo:

AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Data: 09 DE JUNHO DE 2019

Hora: 19:38

Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Anderson Ary Dias
CRM 21731

Ass. e CRM do Médico

Dr(a): ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA
CRM - 21731

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2019

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

RECIFE-PE

Av. José Marques Fontes, S/N
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530



HOSPITAL MEMORIAL


Nº PRONTUÁRIO
3916DATA DE ENTRADA
11/06/2019 ÀS 07:23Nº REGISTRO
5899

BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

NOME PACIENTE: ANDRE VALDOMIRO DA SILVA		SEXO: Masculino	NASCIMENTO: 15/11/1986	IDADE: 32 anos, 6 meses e 27 dias
NOME DA MÃE: AMARA REGINA DA SILVA	NOME DO PAI: VALDOMIRO MIGUEL DA SILVA	IDENTIDADE: 7817707	CPF: 074.872.574-10	TELEFONE: 8199469913
ENDEREÇO: AV SEVERINO PIMENTEL	Nº: 143	BAIRRO: CENTRO	CIDADE: AGRESTINA	UF: PE
CEP: 55495000	CELULAR: 0			
CONVÊNIO: 31 PARTICULAR	MATRICULA:	VALIDADE CARTEIRA: 30/12/1899	SENHA:	UNIDADE DE ATENDIMENTO: INTERNACAO-HSQ
CRM/MEDICO: 012153 DANIEL SOARES	ESPECIALIDADE: Ortopedia	CODIGO CBO: 225270	USUARIO DO ATENDIMENTO: EDILENEMARIA	
BLOCO: 4º ANDAR	ACOMODACAO: ENFERMARIA 407	LEITO: A	ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:
NATURALIDADE: CARUARU				

Queixa Principal:

dores e inchaço no membro D.

História Clínica:

paciente vítima de queda de moto, apresentando dor e inchaço no membro D.

Exames:

AX

HD:

limpido

Condição: ☒ Curado ☒ Melhorado ☐ Transferido ☐ Óbito ☐Data Alta: 12/06/19 Hora: 08:00

Médico Responsável:

x Valdomiro

Paciente ou Responsável

05.802.494/0001-41

Av. José Veríssimo, 752 - Caruaru - PE - Fones: 81-37277250 On - 8137277272 On - CNPJ: 22.721.268/0001-26

DE SEGUROS (TDA)

13/06/2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 Bl. C

Boa Vista - CEP: 50.060-070

RECIFE-PE

EDILENEMARIA



**GRUPO SÃO GABRIEL LTDA**

Nome: ANDRE VALDOMIRO DA SILVA
Prontuário: 38/16 Registro: 5896
Sexo: Masculino Idade: 32a 6m 27d
Localização: 4ANDA, ENF407, A
Clínica: Cirúrgica

Médico: Juliette Bezerra Da Silva
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 11/06/2019 às 07:23
Alta:

Evoluções do paciente

1

11/06/2019 às 07:53:29 - ADMISSÃO DE ENFERMAGEM
Localização: 4ANDA, ENF407, A
COREN: PE-340583 INES DE FATIMA LIMA CAVALCANTI

1 - Admissão de Enfermagem (Cirúrgica)**1.1 - Evolução**

Paciente admitido neste setor hospitalar para realizar procedimento cirúrgico, CIEGR, consciente, orientado, hidratado, normocorado, acianótico, anictérico, desambulando, com acompanhantes, sem exames, nega alergia, REFERE HAS, PORÉM NÃO FAZ TRATAMENTO, orientado quanto ao preparo do pré-operatório, aguardando encaminhamento para o bloco cirúrgico.

1.2 - Sinais vitais

Hora	P.Arterial	Pulso/FC	Temperatura	Sat.O2
07:45	113x80	106	36,4	98

11/06/2019 às 07:58:45 - EVOLUÇÃO P/ ENCAMINHAMENTO AO BLOCO CIRURGICO
Localização: 4ANDA, ENF407, A
COREN: PE-340583 INES DE FATIMA LIMA CAVALCANTI

1 - Evolução P/ Encaminhamento ao Bloco Cirurgico**1.1 - Descrição:**

Paciente encaminhado para o bloco cirúrgico, sem intercorrências

Ines Cavalcanti
Enfermeira
COREN: PE-340.583

COREN: PE-340583 INES DE FATIMA LIMA CAVALCANTI

Página 1 de 1

Emitido em: 11/06/2019 08:08:53

05.802.494/0001-41
AV JOSÉ VERÍSSIMO MAURÍCIO DE NASSAU PE C.E.P.: 59014-320
TRACAO EDITORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2019

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

RECIFE-PE



HOSPITAL MEMORIAL



FICHA DE ANESTESIA

HORA: _____

CATEGORIA

FACULDADE

NOME:

ANDRÉ VALDOMIRO DA SILVA

DATA:

11/06/19

REG:

SEXO:

M

COR:

IDADE:

32

PESO:

ALT:

HOSPITAL:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

PRÉ-OPERATÓRIO

HEMÁCIAS

HCTQ

HB

LEUCÓCITOS

P.A.

F.C.

TEMP.

RESPIRAÇÃO

ASA

GRUPO SANG

TC

TS

PROTOMBINA

GLICOSE

URÉIA

CREATININA

PROTEÍNAS

NA

K

CL

RESERVA ACL

ANESTESIA PORPOSTA

2 Bloqueio de nervo braquial,
introdução de cateter, com dose de 0,5%
+ Lidocaína 1% em 40ml e 4ml de adrenalina.

OP. PROPOSTA

HO CIR DE DAC

ALERGIA:

ANEST. ANTERIOR:

PRÉ-ANESTÉSICO:

ECG:

HORA

O₂SpO₂

Gases

ANOTAÇÕES

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13 MM mg
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

AGENTES

CONC.

QUANTIDADE

TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO₂

Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda

Intubação

Posição

Local Punção

Liq. Ret.

Téc. Inj.

Pos. Pós

Pos. Pós

Aparelho

Cond. Final

Resultado

Reflexo

Duração da Op.

Duração da Anest.

Monitorização

Teste Aldrete e Koulik

MOV.

CONS

COR

CIRC

RESP

S.R

Daniel
Sobrinho

Médico Cirurgião

Médico Anestesiologista

RELATÓRIO CIRÚRGICO

PACIENTE: *André Valdemiro de Almeida*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *luxação ml.*

OPERAÇÃO PROPOSTA: *Tp. corrigida*

OPERAÇÃO REALIZADA: *o. supla.*

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: *o. luxação*

DATA: *22/05/19* INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: *André* 1º AUXILIAR: *André*

2º AUXILIAR: _____ 3º AUXILIAR: _____

ANESTESISTA: *Vagner* TIPO DE ANESTESIA: *Fluorido*

INSTRUMENTADOR(A): _____ POSIÇÃO DO PACIENTE: _____

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA NA SALA DE CIRURGIA

SOLUTO GLICOSADO: _____ SOLUTO FISIOLÓGICO: _____ RINGER LACTATO: _____

ANTIBIÓTICOS: _____

REPOSIÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS

SANGUE TOTAL: _____ CONCENTRAÇÃO DE HEMÁCIAS: _____ CONC. PLAQUETAS: _____

PLASMA FRESCO: _____ ALBUMINA HUMANA: _____ HAEMACEL OU SIMILAR: _____

- | | | |
|----------------------|---|--------------------------------|
| 1 - PREPARO DO CAMPO | 4 - TÉCNICA E TÁTICA | 7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES |
| 2 - VIA DE ACESSO | 5 - FECHAMENTO (FIOS E SULTURA) | 8 - GRÁFICO DA CIRURGIA |
| 3 - ORGÃOS E LESÕES | 6 - DRENO E SONTA (PENROSE, KERH, ETC.) | 9 - PEÇA OPERATÓRIA-ANAT.PATOL |

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1) *Sanh. em And. André de Almeida*

2) *Amput. + Amput.*

3) *Amput. em And.*

4) *Amput. em And.*

5) *Amput. em And.*

6) *Amput. em And.*

7) *Amput. em And.*

8) *Amput. em And.*

9) *Amput. em And.*

10) *Amput. em And.*

11) *Amput. em And.*

12) *Amput. em And.*

13) *Amput. em And.*

14) *Amput. em And.*

15) *Amput. em And.*

16) *Amput. em And.*

17) *Amput. em And.*

18) *Amput. em And.*

19) *Amput. em And.*

20) *Amput. em And.*

21) *Amput. em And.*

22) *Amput. em And.*

23) *Amput. em And.*

24) *Amput. em And.*

25) *Amput. em And.*

26) *Amput. em And.*

27) *Amput. em And.*

28) *Amput. em And.*

29) *Amput. em And.*

30) *Amput. em And.*

31) *Amput. em And.*

32) *Amput. em And.*

33) *Amput. em And.*

34) *Amput. em And.*

35) *Amput. em And.*

36) *Amput. em And.*

37) *Amput. em And.*

38) *Amput. em And.*

39) *Amput. em And.*

40) *Amput. em And.*

41) *Amput. em And.*

42) *Amput. em And.*

43) *Amput. em And.*

44) *Amput. em And.*

45) *Amput. em And.*

46) *Amput. em And.*

47) *Amput. em And.*

48) *Amput. em And.*

49) *Amput. em And.*

50) *Amput. em And.*

51) *Amput. em And.*

52) *Amput. em And.*

53) *Amput. em And.*

54) *Amput. em And.*

55) *Amput. em And.*

56) *Amput. em And.*

57) *Amput. em And.*

58) *Amput. em And.*

59) *Amput. em And.*

60) *Amput. em And.*

61) *Amput. em And.*

62) *Amput. em And.*

63) *Amput. em And.*

64) *Amput. em And.*

65) *Amput. em And.*

66) *Amput. em And.*

67) *Amput. em And.*

68) *Amput. em And.*

69) *Amput. em And.*

70) *Amput. em And.*

71) *Amput. em And.*

72) *Amput. em And.*

73) *Amput. em And.*

74) *Amput. em And.*

75) *Amput. em And.*

76) *Amput. em And.*

77) *Amput. em And.*

78) *Amput. em And.*

79) *Amput. em And.*

80) *Amput. em And.*

81) *Amput. em And.*

82) *Amput. em And.*

83) *Amput. em And.*

84) *Amput. em And.*

85) *Amput. em And.*

86) *Amput. em And.*

87) *Amput. em And.*

88) *Amput. em And.*

89) *Amput. em And.*

90) *Amput. em And.*

91) *Amput. em And.*

92) *Amput. em And.*

93) *Amput. em And.*

94) *Amput. em And.*

95) *Amput. em And.*

96) *Amput. em And.*

97) *Amput. em And.*

98) *Amput. em And.*

99) *Amput. em And.*

100) *Amput. em And.*

Dr. Danilo Soares
Osteopata e Traumatologista
CRM 12153

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13-100-2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C
Boa Vista - CEP 59.060-010
RECIFE-PE



[illegible]



DR. DANIEL SOARES

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM 12153

Caro Médico

deleto, seu, André

Voluntário de Bloco, Artista

de arte e arte, arte e arte

para apresentar para

ações, laços, arte e arte

arte e arte

02/04/19

*Dr. Daniel Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12153*

CARUARU

Centro Médico do Agrado
Rua Artur Antônio da Silva, s/n
Bairro Universitário - Caruaru - PE
Fone: (81) 3719-3412

BELO JARDIM

Rua Coronel Antônio Marinho, 36
Bairro Boa Vista - Belo Jardim - PE
Fone: (81) 3726-4950

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 AGO 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 5º 902 BL. C

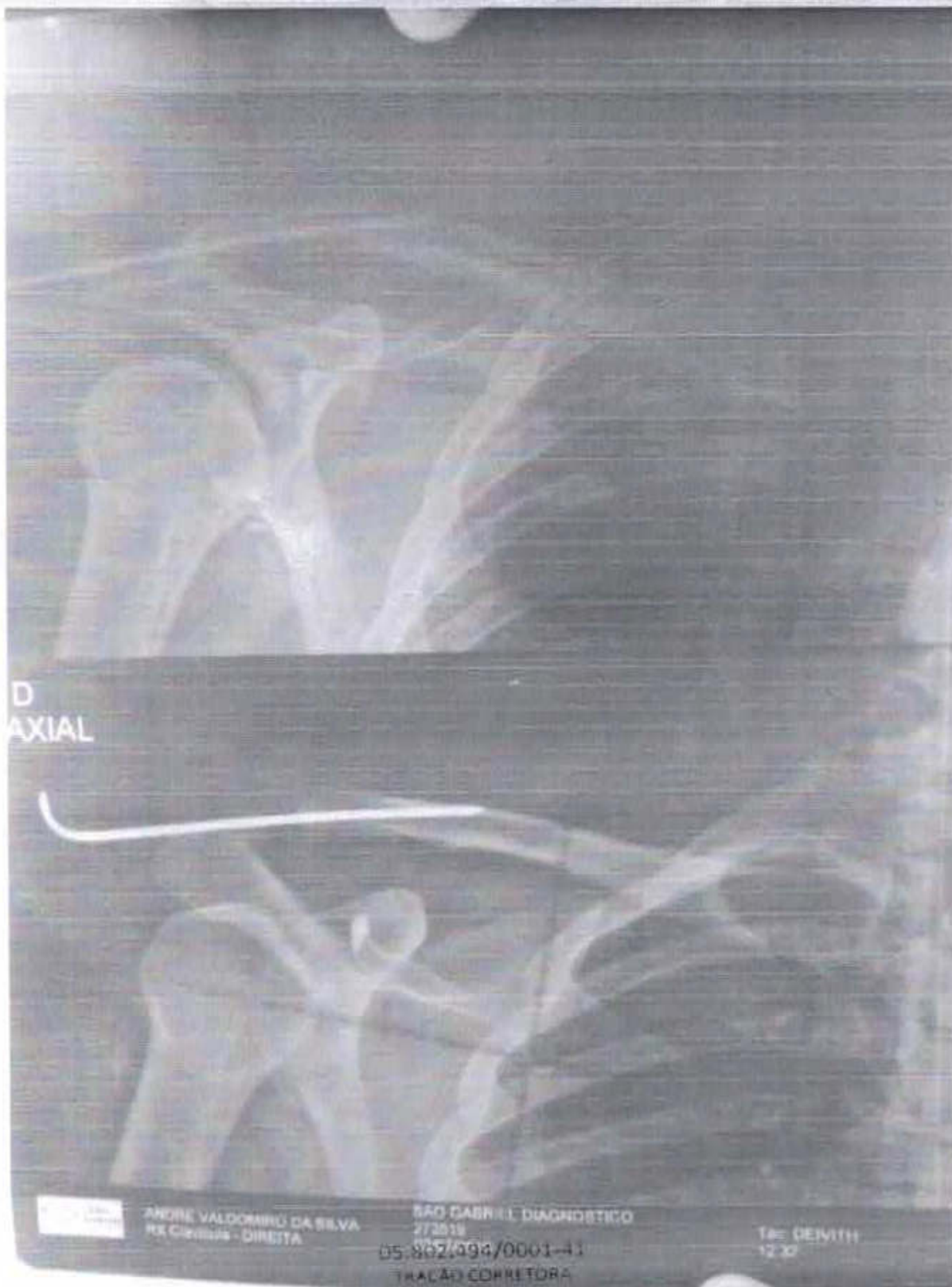
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



07/07/2019

IMG_20190702_171008382.jpg



ANDRÉ VALDOMIRO DA SILVA
RX Cirurgia - DIREITA

SÃO GABRIEL DIAGNÓSTICO
27/2019

05-802/094/0001-41

TRALAC CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

TAE DEIVITH
12-30

13 AGO 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL-902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&as=wm&ogblifeent?projector=1>



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





COMPESA

CLIENTE

JOSELENE FERREIRA MACEDO

R. ANTONIO NAVARRO, N. 00729 - PETROPOLIS CARUARU PE 55032-210

INSCRIÇÃO: 041.971.170-02/MS, OND GRUPO 16 DEB. AUTOMATICO: 105257672

SITUAÇÃO AGUA: LIGADO

SITUAÇÃO ESGOTO: FACTIVE

RESIDENCIAL: 1

DATA LEIT. ANTERIOR: 11/05/2019

DATA LEIT. ATUAL: 11/06/2019

TIPO DE CONSUMO (A/R): MEDIA HD

AGUA:

LEIT. ANT: 300 CONSUMO: 5

LEIT. ATU: TAXA MINIMA

LEIT. FAT: 310

HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO

DATA	CONSUMO
04/2019	05
05/2019	04
06/2019	06
07/2019	08
08/2019	06
09/2019	04
10/2019	05

QUALIDADE DE AGUA: www.compesa.com.br

QDS: 13 COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS

QDS: 2705 PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA AGUA

QDS: 3705 PARÂMETROS COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	5 HS	41,30
CONSUMO DE AGUA		

COMPESA

54.685.859-4

09/SET/2019

JOSELENE FERREIRA MACEDO

S. LINDALVA PEREIRA FERREIRA

CARUARU - PE

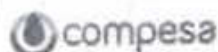
16/JAN/1971

CARUARU - PE

CC: LV. 8027/FLS. 0078/R. 010477

54091467014

PIB 12419211997



CNPJ 09.789.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NUM. - 00152 - NAIRICIO DE MASS
AV. CARUARU PE 55012-830

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 105257672 Ndt/2019
JOSELENE FERREIRA MACEDO
R. ANTONIO NAVARRO, N. 00729 - PETROPOLIS CARUARU PE 55032-210

INSCRIÇÃO: 041.971.170-02/MS, OND GRUPO 16 DEB. AUTOMATICO: 105257672
SITUAÇÃO AGUA LIGADO SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVE RESIDENCIAL 1 DATA LEIT. ANTERIOR 11/05/2019 DATA LEIT. ATUAL 11/06/2019 TIPO DE CONSUMO (A/R) MEDIA HD

AGUA:
LEIT. ANT: 300 CONSUMO: 5
LEIT. ATU: TAXA MINIMA
LEIT. FAT: 310

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

04/2019 05
05/2019 04
06/2019 06
07/2019 08
08/2019 06
09/2019 04
10/2019 05

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS.
TURBIDEZ	166	169	146
COR APARENTE	166	169	87
CLORO RESIDUAL	166	169	169
COLIF. TOTAIS	166	169	164
E. COLI	166	169	169

MEDIA: 05 Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

QDS: 13 COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
QDS: 2705 PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA AGUA
QDS: 3705 PARÂMETROS COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	5 HS	41,30
CONSUMO DE AGUA		

SERVIÇO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	5 HS	41,30
CONSUMO DE AGUA		

VENCIMENTO: 25/06/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2019

Rua da Aurora, 117, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETALHE Nº 014485071878

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

ANEXO 1 - DADOS GERAIS

ANEXO 2 - DADOS DO VEÍCULO

ANEXO 3 - DADOS DO PROPRIETÁRIO

ANEXO 4 - DADOS DO VEÍCULO

ANEXO 5 - DADOS DO PROPRIETÁRIO

ANEXO 6 - DADOS DO VEÍCULO

ANEXO 7 - DADOS DO PROPRIETÁRIO

ANEXO 8 - DADOS DO VEÍCULO

ANEXO 9 - DADOS DO PROPRIETÁRIO

ANEXO 10 - DADOS DO VEÍCULO

ANEXO 11 - DADOS DO PROPRIETÁRIO

ANEXO 12 - DADOS DO VEÍCULO

ANEXO 13 - DADOS DO PROPRIETÁRIO

ANEXO 14 - DADOS DO VEÍCULO

ANEXO 15 - DADOS DO PROPRIETÁRIO

ANEXO 16 - DADOS DO VEÍCULO

ANEXO 17 - DADOS DO PROPRIETÁRIO

ANEXO 18 - DADOS DO VEÍCULO

ANEXO 19 - DADOS DO PROPRIETÁRIO

ANEXO 20 - DADOS DO VEÍCULO

ANEXO 21 - DADOS DO PROPRIETÁRIO

ANEXO 22 - DADOS DO VEÍCULO

ANEXO 23 - DADOS DO PROPRIETÁRIO

ANEXO 24 - DADOS DO VEÍCULO

ANEXO 25 - DADOS DO PROPRIETÁRIO

ANEXO 26 - DADOS DO VEÍCULO

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 de 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/01/2020 09:55:58

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012409555806200000055964771>

Número do documento: 20012409555806200000055964771

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190476777 **Cidade:** Agrestina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE VALDOMIRO DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) VÍTIMA EM TRATAMENTO. (P2 P3 P7 P10)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190476777 **Cidade:** Agrestina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE VALDOMIRO DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) VÍTIMA EM TRATAMENTO. (P2 P3 P7 P10)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

DANOS

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





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, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190476777

Vítima: ANDRE VALDOMIRO DA SILVA

Data do Acidente: 09/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRE VALDOMIRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14717316

Pag. 01781/01782 - 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, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190476777

Vítima: ANDRE VALDOMIRO DA SILVA

Data do Acidente: 09/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ANDRE VALDOMIRO DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01619/01620 - carta_07 - INVALIDEZ

00070810



Carta nº 14719805





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ADL: 3 - CPF da vítima: 074.872.574.10 4 - Nome completo da vítima: Andre valdomiro da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Andre valdomiro da Silva. 6 - CPF: 074.872.574.10

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Santa Clara 9 - Número: 163 10 - Complemento: -

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Agrestina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55495-000

15 - E-mail: macedojs43@gmail.com 16 - Tel (DDD): (91) 99907-3180

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Consulte para as bancas abaixo. Anote uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Anote as opções)

Nome do BANCO: Brasil (001)

AGÊNCIA: 0396 CONTA: 32.366 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 e dando, desde já e com efeito a partir da data de assinatura, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Não obstante, 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 5.194/74, 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

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

25 - Causa da morte 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 herdeiros (se vivos)? ☐ 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 aos únicos 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.

34

Assinatura da vítima ou do representante legal

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Caruaru 30/08/2019

Andre valdomiro da Silva

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (Reclamante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

26/06/2019 - BANCO DO BRASIL - 13:16:24
019612339 W277

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA
DE CONTA CORRENTE PARA POLYPANCA

CLIENTE: ANDRE VALDOMIRO DA SILVA
AGENCIA: 0190-1 CONTA: 12.106-5

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/06/2019
NR. DOCUMENTO: 14.012.000.010.00

FAVORECIDO:
CLIENTE: ADILJAINE MARIA LIMA SILVA
AGENCIA: 4012-0 CONTA: 10.990-7 VAR:51

VALOR TOTAL: 13.700,00

NR. AUTENTICAÇÃO: 1.223.274.EDE.019.ACE

Creditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.783.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMAÇÕES.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 ACO 2019

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 99
CIRCUNSCRICAO CARUARU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2106000386

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/08/2019 às
09:37

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 9/8/2019 às 18:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE AGRESTINA, 1, SÍTIO RIACHO
DO PEIXE - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR/AGENTE)
VALMIR VALDOMIRO DA SILVA (OUTRO)
ANDRE VALDOMIRO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): ANDRE VALDOMIRO DA SILVA

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

ANDRE VALDOMIRO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
ANARA REGINA DA SILVA Pai: VALDOMIRO MIGUEL DA SILVA Data de Nascimento:
15/11/1988 Nacionalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7817797/SSP/PE (RG), 07487257418 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1°.
GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 88188400813

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AGRESTINA, 1, RUA SANTA CLARA, 161, PERTO DA
IGREJA BATISTA. - CEP: 55666-898 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO
/BRASIL

VALMIR VALDOMIRO DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
ANARA REGINA DA SILVA Pai: VALDOMIRO MIGUEL DA SILVA Data de Nascimento:
22/4/1979 Nacionalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5983845/SSP/PE
(RG), 63896889466 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones
Celulares:
- 51988824956

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AGRESTINA, 1, QUEIMADA DO PEREIRA, ZONA
RURAL DE AGRESTINA - CEP: 55666-898 - Bairro: CENTRO -

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA 10/08/2019 09:26

13 JUN 2019

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



AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL

INEXISTENTE (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): VALNIR VALDOMIRO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ANDRE VALDOMIRO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CS 150 FAN ES1 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: DFTV2124 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 492853922 Chassi: 9Q2HC1674CR021474
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

COMPARECEU A SEDE DO PLANTÃO DA POLÍCIA CIVIL NESTE HOSPITAL A PESSOA DA VÍTIMA ONDE FALOU QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA QUANDO ESTAVA FAZENDO O CAMINHO ENTRE O SÍTIO RICHÔ DO PEIXE PARA A CIDADE DE AGRESTINA ONDE RESIDE E AO FAZER UMA CURVA PARA O LADO DIREITO VIU UM AUTOMÓVEL EM DIREÇÃO CONTRÁRIA E ESTE EM ALTA VELOCIDADE ENTÃO A VÍTIMA COM RECEIO DE OCORRER UMA COLISÃO COM O VEÍCULO PERTO O CONTROLE DA MOTOCICLETA E FOI AO SOLO NA REFERIDA CURVA E COM A QUEDA PERTO OS SENTIDOS OU SEJA DESMAIOU E SO QUANDO ESTAVA NA UPA 24 HORAS DA CIDADE DE CARUARU RECUPEROU OS SENTIDOS E SENTIU DORES NO OMBRO DIREITO E POR ISSO FOI INFORMADO QUE SERIA TRANSFERIDO PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR, PARA CONSTAR APRESENTA COPIA DA ENTRA NAS DUAS UNIDADES 91246773 E 99419623 SÃO OS NÚMEROS DE ATENDIMENTOS E PRONTUÁRIO DA UPA O ESTE RECEBEU OS NÚMEROS 619275 E 346996, ONDE FICOU DURANTE TODA NOITE E APÓS SER MEDICADO ASSINOU UM TERMO DE RESPONSABILIDADE E FOI PARA UM HOSPITAL PARTICULAR ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

Andre Valdomiro da Silva
ANDRE VALDOMIRO DA SILVA
(VÍTIMA)

S.O. registrado por: ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES - Matrícula: 351994-5



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2019

10/06/2019 09:26

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: ☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

3 - Nº do acidente ou ADJ:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

074.872.574.10 Andre valdomiro de Silva

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

5 - Nome completo:

Andre valdomiro de Silva

6 - CPF:

074.872.574.10

7 - Profissão:

Agricultor Rua Santa Clara

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Agrestina

13 - Estado:

14 - CEP:

55495-000

15 - E-mail:

macedojs43@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

(41) 99907.3180

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (reservada para os menores de idade. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (título de banco)

Nome do BANCO: Brasil (001)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Foi motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do caso da vítima:

25 - Gênero 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 herdeiro(s) (se não)?

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

34 - Impressão digital de vítima ou beneficiário ou representante

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Agrestina 30/08/2019

Andre valdomiro de Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITAL

PRO - Desenvolvimento

ANAMNESE

Paciente: ANDRE VALDOMIRO DA SILVA

Atendimento: 01246778

Nome Social:

Data Nascimento: 15/11/1986

Idade: 32 Anos, 6 Meses e 25 Dias

Prontuário: 00419663

Sexo: Masculino

Senha N.º: 0148

Data e Hora: 09/08/2019 18:35h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE REFERE ~~QUEIXA DE MOTO FOME~~ COM DOR EM MSD

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM + HAS

DOC:

SUS

AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A. Sistolica: PAS: 111 MMHG

P.A. Diastolica: PAD: 80 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

OPQ/ROA:

DOR EM REGIÃO ACROMIO CLAVICULAR DIREITA APOS TRAUMA

Exame Físico:

DEFORMIDADE EM REGIÃO DA LAC

Exames complementares:

RX

HD:

LAC

Conduta:

AO HRA

Evolução:

Anderson Ary Dias

Ass. do Médico

Dr(a): ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA

CRM - 21731

05.802.494/0001-41

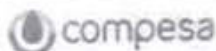
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 502 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





CNPJ 09.769.036/0001-64
INSC. EST. Nº 13.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA 11 DE SETEMBRO - N.º 1 - 00051 - AS MARGENS
DA BR 104 - CENTRO AGRESTINA PE 55495-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 107671840 10/11/2019	
ANDRÉ VALDONIRO DA SILVA			
R. STA CLARA, N.º 00181 - CENTRO AGRESTINA PE 55495-000			
INSCRIÇÃO: 003.819.182.0001-848 GRUPO 11 DER. AUTOMÁTICO: 107671840			
SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO EBOUDO POTENCIAL	RENDIMENTO 1	TIPO DE CONSUMO (A/R) POMBA
HIDRÔMETRO A106113321	DATA LEIT. ANTERIOR 06/05/2019	DATA LEIT. ATUAL 05/06/2019	TIPO DE CONSUMO (A/R) MÉDIA 90

AGUA:
LEIT. ANT.: 264 CONSUMO R.
LEIT. ATUAL: TAXA MÍNIMA
LEIT. FAT.: 274

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

	PARAMETROS	MÉDIA DE AMOSTRAS			
		EXT. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEIT.	
04/2019	08				
03/2019	06				
02/2019	04				
01/2019	03				
12/2018	05				
11/2018	09				
MÉDIA:	08				

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS: COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
2 DOS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
3 DOS PARÂMETROS COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	41,30	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019		0,82
JUROS DE MORA 02/2019		0,18

TOTAL	DEBITO EM DIÁRIA	DEBITO EM JUROS	DEBITO EM MULTA
41,30	1,65	0,68	
41,30	7,60	3,14	

VENCIMENTO: 30/06/2019 TOTAL A PAGAR: 42,30

MENSAGEM:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS ITDA

13 JUN 2019

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



COMPESA

CLIENTE

JOSELENE FERREIRA MACEDO

ANTENOR NAVARRO, N. 00729 - PETROPOLIS CARUARU PE 55032-210

INSCRIÇÃO: 041.971.170-02/MS, OND GRUPO 16 DEB. AUTOMÁTICO: 105257672

SITUAÇÃO AGUA: LIGADO

SITUAÇÃO ESGOTO: FACTIVE

RESIDENCIAL: 1

DATA LEIT. ANTERIOR: 11/05/2019

DATA LEIT. ATUAL: 11/06/2019

Tipo de Consumo (A/R): MEDIA HD

AGUA:

LEIT ANT: 300

CONSUMO: 5

LEIT ATU: TAXA MINIMA

LEIT FAT: 310

HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO

PARAMETROS	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS.
TURBIDEZ	100	109	146
COR APARENTE	100	109	87
COLOR RESIDUAL	100	109	109
COLIF. TOTAIS	100	109	164
E. COLI	100	109	169

MEDIA: 05

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

QDS: 13 COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS

QDS: 2705 PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA AGUA

QDS: 3705 PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	5 HS
CONSUMO DE AGUA	41,30

54.685.859-4

09/SET/2010

JOSELENE FERREIRA MACEDO

JOSE FERREIRA DE LIMA

LINDALVA PEREIRA FERREIRA

CARUARU - PE

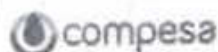
16/JAN/1971

CARUARU - PE

CC: LV. 8027/FLS. 0078/R. 010477

54091467034

PIS 12419211997



CNPJ 09.789.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NUM. - 00152 - NAIRICIO DE MASS
AV. CARUARU PE 55012-830

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 105257672 Ndt/2019
JOSELENE FERREIRA MACEDO
R. ANTENOR NAVARRO, N. 00729 - PETROPOLIS CARUARU PE 55032-210

INSCRIÇÃO: 041.971.170-02/MS, OND GRUPO 16 DEB. AUTOMÁTICO: 105257672

SITUAÇÃO AGUA LIGADO SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVE RESIDENCIAL 1 DATA LEIT. ANTERIOR 11/05/2019 DATA LEIT. ATUAL 11/06/2019 TIPO DE CONSUMO (A/R) MEDIA HD

AGUA:
LEIT ANT: 300 CONSUMO: 5
LEIT ATU: TAXA MINIMA
LEIT FAT: 310

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

PARAMETROS	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS.
TURBIDEZ	100	109	146
COR APARENTE	100	109	87
COLOR RESIDUAL	100	109	109
COLIF. TOTAIS	100	109	164
E. COLI	100	109	169

MEDIA: 05 Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

QDS: 13 COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
QDS: 2705 PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA AGUA
QDS: 3705 PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	5 HS	41,30
CONSUMO DE AGUA		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	5 HS	41,30
CONSUMO DE AGUA		

VENCIMENTO: 25/06/2019 TOTAL A PAGAR: 41,30

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2010
Rua da Aurora, 117, 51 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

