



Número: **0089457-45.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MEDESON GOMES DE ARAUJO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
RENATO CAMERINO CARNEIRO LEAL PAES BARRETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56797755	22/01/2020 16:14	2686776_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00894574520198172001

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."

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 **MEDESON GOMES DE ARAUJO**, 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 **08/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora apresenta documentos comprovando atendimento médico, todavia, os mesmos contem controvérsia quanto à data de atendimento.

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.

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



Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DO AUTOR

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NOS DOCUMENTOS MÉDICOS

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial os DOCUMENTOS DE ATENDIMENTO MÉDICO, vez que há controvérsias quanto à data do suposto atendimento médico.

Verifica-se que há nos autos documentos atestando atendimento médico em 08/06/2019, suposta data do sinistro, todavia, a parte autora apresenta declaração da mesma unidade hospitalar afirmando atendimento no dia 14/06/2019, após 06 dias do suposto sinistro, conforme observado abaixo:

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;



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

Atendimento: **504815**
Data e Hora: **08/06/2019** 21:54
Senha de Classificação: **0043**

Paciente: **117315 MEDESON GOMES DE ARAUJO** Sexo: **MASCULINO**
Data do Nascimento: **03/10/1991** Idade: **27 anos** Convênio: **2** SUS/DIA AMBULG
Nome da Mãe: **MARA DO CARMO MARINHO RIBEIRO** Nome do Pai: **GENIVAL GOMES DE ARAUJO**
Estado Civil: **SOLTEIRO** Nome do Médico: **MENANDRO DEZERRA DE MELO MARTINS** CRM: **14418**
Endereço: **ENGENHO BARBALHO 2** - ZONA RURAL 289 Bairro: **SAO FRANCISCO**
Cidade/UF: **CABO DE SANTO AGOSTINHO PE** Usuário Atendimento: **EDJANEPS**
RG (Identidade): **8327283** SCS PE Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoas Físicas): **09630867495** Fone: **947478003**
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Queixa Principal: **PACIENTE VITIMIZADO POR ACIDENTE MOTOCICLISTA (MOTO = CASCO) NA 2ª VOLTADA, MOTO CAIU DO CAMBIO, OPIR VANTOS, PASSADA DE PISTÃO DE ALUMINIO DE FERRA EM CÂMBIO (PACIENTE LEVANTOU).**

Exame Físico:
① VITAL: PAÍS: **PAÍS**, PULSO: **COM RITMO REGULAR**
② MV: **EM 1ª F. 11 Sa. SOT 27/1**
③ RSC: **EM 2ª, SUP 11. FC = 72 bpm** Pulso: **110 bpm**
④ PULSO: **EM 2ª, SUP 11. FC = 72 bpm** Pulso: **110 bpm**
⑤ PULSO: **EM 2ª, SUP 11. FC = 72 bpm** Pulso: **110 bpm**
⑥ PULSO: **EM 2ª, SUP 11. FC = 72 bpm** Pulso: **110 bpm**

Diagnóstico:
- **TCC LEVE - Trauma de Cabeça**
- **Fratura de T. 12**

Conduta Terapêutica:
- **Suporte R. de Trauma + TCC de Cabeça**
- **Evitar de Oxiopatia**

Prescrição Médica:
- **3.0.0.7. 1000 mg EV 12h**
- **Tamoxifeno 100 mg + 12.0.7. 100 mg EV 12h**

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR
ENDEREÇO: **ESTRADA DO PARQUE**

401627





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **MEDESON GOMES DE ARAUJO**, prontuário nº 1178147, admitido neste hospital em 14/06/2019 com diagnóstico de Fratura do úmero direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 19/06/2019.

Recife, 05 de Agosto de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1336 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3000
www.santacasarecife.org.br

Assim sendo, requer a intimação do autor para que preste esclarecimentos acerca da dinâmica do sinistro, sob pena de ausência de nexos causal.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade dos documentos médicos apresentados aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Recife, a fim de que seja esclarecido em qual dia o autor fora atendido na unidade, quais as lesões apresentadas e se foi encaminhado à unidade pelo Corpo de Bombeiros, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.



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.

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**⁴.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Conforme demonstrado acima, constata-se a controvérsia de informações nos documentos médicos acerca da data do atendimento médico realizado à parte autora, razão pela qual resta clara a ausência de nexo causal entre o acidente e as lesões apresentadas.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁴“SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

⁵“APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



Portanto, como não há nexo de 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, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190676269	Cidade: Cabo de Santo Agostinho	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: MEDESON GOMES DE ARAUJO	Data do acidente: 08/06/2019	Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 09/12/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: TCE. FRATURA DO ÚMERO DIREITO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR TCE. TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA. (P1/3/4FC/6)				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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:

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



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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve 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 08/06/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado 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:	12/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MEDESON GOMES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00559

CONTA: 000000039623-2

Nr. da Autenticação 75FC1FA4C0687357

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



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 parciais⁶.

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 STJ⁷.

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 sequela residual – 10%.

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁶ 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 DE 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.

⁷ **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.”



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 citação⁸.

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 ação⁹.

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

Primeiramente, requer o acolhimento das preliminares suscitadas.

Requer a improcedência da ação ante a ausência de nexos causal entre o suposto acidente e as lesões apresentadas.

Com o fito de rechaçar as dúvidas quanto à data do atendimento médico prestado à parte autora, requer a expedição de ofício ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Recife para a prestação de esclarecimentos acerca da data do suposto atendimento médico e quais as lesões apresentadas pela mesma na data do suposto atendimento médico.

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

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

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

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

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹art. 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, 15 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 22/01/2020 16:14:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012216142869800000055872434>
Número do documento: 20012216142869800000055872434

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/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **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 **MEDESON GOMES DE ARAUJO**, em curso perante a **8ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00894574520198172001.

Rio de Janeiro, 15 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





06/02/2020

Número: **0089457-45.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MEDESON GOMES DE ARAUJO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
RENATO CAMERINO CARNEIRO LEAL PAES BARRETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56797756	22/01/2020 16:14	ANEXO 1	Outros (Documento)



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradalider.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: 4030-3396 / 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, DENILSON MARINHO RIBEIRO

RG nº 5.431.110, data de expedição 1/1/

Órgão SSPIPE, portador do CPF nº 045.414.284-66

com domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA SÃO FELIX, nº 219

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

MEDESON GOMES DE ARAUJO, cujo o condutor era

MEDESON GOMES DE ARAUJO

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano: 2013/2014

Placa: PGP-6005 Chassi: 9C2JC4110ER113313

Data do Acidente: 08/06/2019

Local e Data: PAULISTA/PE, 19 DE NOVEMBRO DE 2019.

Denilson M. Ribeiro

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO

Cartório de Registro de Imóveis - Notário e Registrador

Protocolo por autenticidade a firma DENILSON MARINHO RIBEIRO
(Nº 16) Protocolo nº 221102019-15 (042) Emissão: 16/11/2019
080 PERM: 16/11/2019 16:08 PERM: 08/11/2019 16:08
MERCENHQUE DASILVA - Escrivente autorizado

Selo 0077357 (04/11/2018) 0086

Consulte a autenticidade em: www.jus.br/autenticidade



AAAC107





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 504815

Data e Hora: 08/06/2019 21:54

Senha da Classificação:

0043

Paciente: 117315 MEDESON GOMES DE ARAUJO Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 03/10/1991 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBURG
Nome da Mãe: MARA DO CARMO MARINHO RIBEIRO Nome do Pai: GENIVAL GOMES DE ARAUJO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINE CRM: 14410
Endereço: ENGENHO BARBALHO 2 - ZONA RURAL 289 Bairro: SAO FRANCISCO
Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHC PE Usuário Atendimento: EDJANEPE
RG (Identidade): 8327283 SDS PE Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 09630667495 Fone: 987475003
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTA (MOTO)
OPAR) HÁ 2 HORAS, MOTO, SENDO DE DOMICÍLIO EPO
VÁRIOS. PASSADO DE PROJETO DE PARTIR DE FGO
EM CRUZO (PONTA LAMARCA).

Exame Físico

- A) VÍAS AÉREAS PERVIAS, COM COUG CERVICAL
- B) MV+ EN INT, S/ RA. SATO₂ = 98%
- C) RCE EN 21, RNF 1/1. FC = 72 bpm PULSO (LUGO)
- D) PUPILAS ISOCÓNICAS, FOTOMOTILIDADE. ECL = 14
- E) ADJUNA FLEUR, DISTENSIVEL, INDOLOS
ECONOMIA EN FALA E FRATURAS FOCALIS EN M.S.D.

Diagnóstico

- TCE LEVE + TRAUMA DE FICL
- FRACTURA EN M.S.D.

Conduta Terapêutica

- SORVETA 2x DE TRUQUE + T/C DE PRÂNIO
- AVALIAÇÃO DE ORTOPEDIA

Prescrição Médica

- S.F.O. 7% 1000 ml EV 1000 ml
- DITUL 100 mg + S.F.O. 7% 1000 ml EV 1000 ml

Carimbo Médico

Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:

409839



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 504826

Usuário do Atendimento: GISELEMSS

Data e Hora do Atendimento: 08/06/2019 22:15

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: MEDESON GOMES DE ARAUJO

Prontuário: 113315

Nome da Mãe: MARA DO CARMO MARINHO RIBEIRO

Nome do Pai: GENIVAL GOMES DE ARAUJO

Data do Nascimento: 03/10/1991

Idade: 27 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 8327263

SDS PE Data Emissão:

CPF: 09630867495

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: ENGENHO BARBALHO 2

289

SAO FRANCISCO

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE

CEP: 54520430

Fone: 987478003

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO

Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTII CRM: 14418

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 20

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 08/06/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Indicações de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: _____

Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

Hospital Dom Helder Câmara
Gestão Local
Faturamento SAME

18 JUN 2019





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **MEDESON GOMES DE ARAUJO**, prontuário nº 1176147, admitido neste hospital em 14/06/2019 com diagnóstico de Fratura do úmero direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 19/06/2019.

Recife, 05 de Agosto de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1538 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 646478 Prontuário: 1176147 Data de Nascimento: 03/10/91 Idade: 27 ANO(S)
Nome do Paciente: **MEDESON GOMES DE ARAUJO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA DO CARMO MARINHO RIBEIRO
CPF: 09630667495

Data: 18/06/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Fratura diafisária do úmero direito

Diagnóstico pós-operatório: Fratura diafisária do úmero direito

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura do úmero direito (cod: 040802039-3) + Neurólise do nervo radial (cod: 040302007-7) + Osteotomia (040806017-4)

Cirurgião: Osvaldo Coimbra Jr.

Anestesista: Bloqueio de plexo

Anestesia: Mauro Casado

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia.
- 2) Assepsia
- 3) Antissepsia.
- 4) Aposição de campos cirúrgicos
- 5) Realizado incisão antero-lateral de braço direito. Dissecção por planos até abordagem de foco de fratura e osteotomia de fragmeno ósseo
- 6) Realizado neurólise do nervo radial, redução cruenta de fratura e fixação com placa 4,5 DCP estreita e parafusos corticais. Miorrafia de biceps e braquial.
- 7) Realizado limpeza com SF0,9%.
- 8) Revisão da hemostasia. Tenomiorrafia de musculo biceps e braquial
- 9) Sutura por planos com Vycril e Nylon.
- 10) Curativo
- 11) Verificada boa perfusão distal

Recife, 18/06/2019-12:38

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR. CRM: 16658. Data e Hora: 18/06/2019 12:40:24.



SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	DCP 4.5-393 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2 - CDEE 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DECONTINTE HSA 4 - CDEE				
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE MEDESON GOMES DE ARAUJO 6 - Nº DO PACIENTE 646476 7 - DATA DE NASCIMENTO 8 - SEXO 9 - ENDEREÇO 10 - CIDADE 11 - ESTADO 12 - CEP 13 - DATA DE ADMISSÃO 14 - DATA DE ALTA 15 - DATA DE FÓSSIL 16 - DATA DE FÓSSIL 17 - DATA DE FÓSSIL 18 - DATA DE FÓSSIL				
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - NOVO 23 - DATA DE INÍCIO 24 - DATA DE FIM 25 - DATA DE INÍCIO 26 - DATA DE FIM 27 - DATA DE INÍCIO 28 - DATA DE FIM				
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) Tratamento Cirúrgico de Fratura de Úmero Direito + Neurolise + Osteotomia 0308020393 0403020077 0408060174				
29 - DATA DE INÍCIO 30 - DATA DE FIM 31 - DATA DE INÍCIO 32 - DATA DE FIM 33 - DATA DE INÍCIO 34 - DATA DE FIM 35 - DATA DE INÍCIO 36 - DATA DE FIM				
Placa DCP Estreita 4.5mm 070203090201 Parafusos Corticais N° 26/01 30/05 06				
37 - DATA DE INÍCIO 38 - DATA DE FIM 39 - DATA DE INÍCIO 40 - DATA DE FIM 41 - DATA DE INÍCIO 42 - DATA DE FIM				
Paciente vítima de colisão carro x moto, resultando em Fratura do Úmero Direito. Evoluindo com dor e edema local. Necessitando de procedimento cirúrgico. Operado, Alta Hospitalar após melhora.				
DR. OSVALDO COIMBRA 18/06/19 03570315479 03570315479				
AUTORIZAÇÃO 43 - DATA DE INÍCIO 44 - DATA DE FIM 45 - DATA DE INÍCIO 46 - DATA DE FIM 47 - DATA DE INÍCIO 48 - DATA DE FIM				

CCG-1182





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 646478 Prontuário: 1176147 Data de Nascimento: 03/10/91 Idade: 27
ANO(S)
Nome do Paciente: **MEDESON GOMES DE ARAUJO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA DO CARMO MARINHO RIBEIRO
CPF: 09630667495

Data: 18/06/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S423 - FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura do Úmero Direito
CÓDIGO: 0408020393

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura do Úmero Direito + Neurolise
+ Osteotomia CÓDIGO: 0408020393 / 0403020077 / 0408060174

COD	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	Dr. Osvaldo Coimbra	16658
2	1.AUX CIRÚRGICO		
3	2.AUX CIRÚRGICO		
4	ANESTESIA		
5	ANESTESISTA	Dr. Mauro Casado	2161
6	CLÍNICA MÉDICA		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de colisão carro x moto, resultando em Fratura do Úmero Direito. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 25/06/2019 07:40:58.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

MEDESON GOMES DE ARAUJO

05303275388

05/10/1991

CEARÁ

MEDESON GOMES DE ARAUJO

MARIA DO CARMO MARINHO

ESTRETO

05/03/2020

18/09/2011

PERNAMBUCO

1421792332

1421792332

PERNAMBUCO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014802784810
EXERCÍCIO 2019

VIA 1 599576642

DETELSON MARIO RIBEIRO

PAULISTA-PE

CPF/CNPJ 045.414.284-66

PLACA ANT / UF ***** / PE

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLISTA

MARCA / MODELO HONDA / CC 125 FAN 15

CAP / POT / CL 22 / 124 CL

IPVA 2019 QUITADO

FAIXA I / IVA 1

PREMIO TARIFFARIO (R\$) 80.11

AL. FID. ADM COISS NAC BOMBA LTDA

PAULISTA Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR RESIDENTE DETRAN/PE

PLACA PGP6005

CHASSI 9C2JC4110ER113313

COMBUSTIVEL GASOLINA

ANO FAB 2013 ANO MOD 2014

COR PREDOMINANTE PRETA

VENC / COTAS 1 ***** 2 ***** 3 *****

PREMIO TOTAL (R\$) 84.58

DATA DE PAGAMENTO 27/02/19

DATA 28/02/19

DETRAN

CONTINUA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676269 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MEDESON GOMES DE ARAUJO **Data do acidente:** 08/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE.
FRATURA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR TCE.
TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA. (P1/3/4FC/6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676269 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MEDESON GOMES DE ARAUJO **Data do acidente:** 08/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE.
FRATURA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR TCE.
TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA. (P1/3/4FC/6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO

Rua Paulo de Almeida Gomes - 1º andar - 55050-000 - Recife - PE

Reconheço por autenticidade a firma MEDESON GOMES DE ARAUJO

Cad. N. Paulista/PE 02/12/2019 14:23:29 E-mail: RS.001.TQVR.RS

030 FERC-RS 0.40 ISS-RS 0.08 FERM-0.04 FUPREG-0.08 Cp 210

ISRAEL LAURENTINO DE ALLA - Escriturário

Selo 0077552 DTT11201906 01963

Consulte a autenticidade em: www.dpa.br/autenticidade



RA443081

OUTORGANTE:

NOME: MEDESON GOMES DE ARAUJO

NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

IDENTIDADE: 8327283 CPF: 096.306.674-95

ENDEREÇO: RUA 26, 03 - ALMAGRA - PAUlista-PE

OUTORGADO:

NOME: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: CASADO

IDENTIDADE: 10.151.898 SDS CPF: 406.013.406-63

ENDEREÇO: RUA BOA SORTE 812 - APT 101 BAIRRO: DESTERRO
CIDADE: ABREU E LIMA

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo um bastante procurador e outorgo do acima qualificado, alguém confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório-DPVAT.

PAUlista, 03 de DEZEMBRO de 2019



Luzimar da Silva Oliveira

Assinatura do Outorgante

Por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0432229/19

Vítima: MEDESON GOMES DE ARAUJO

CPF: 096.306.674-95

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MEDESON GOMES DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA : 406.013.406-63

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

MEDESON GOMES DE ARAUJO : 096.306.674-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 406.013.406-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Steffany Carolyn Lins Veloso





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, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676269

Vítima: MEDESON GOMES DE ARAUJO

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MEDESON GOMES DE ARAUJO

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 15196809





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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676269

Vítima: MEDESON GOMES DE ARAUJO

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MEDESON GOMES DE ARAUJO

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **MEDESON GOMES DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000559**

Conta: **0000039623-2**

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escriba 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:

4 - Nome completo da vítima:

096.306.674-95 MEDSON BOMES DE ARAUJO

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

MEDSON BOMES DE ARAUJO

096.306.674-95

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

DOUTOR TAXISTA

RUA 26, 03

03

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

ALAMEDA

PAULISTA

PE

15 - E-mail:

16 - Telefone:

81.9880-6180

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 12 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:

☒ RECUZO 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. Anote uma opção)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0559

CONTA: 39623

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.234/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário. As custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 5.194/74.

Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - Data de Referência 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:

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

33 - Vítima deixou pais/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 comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34 -

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PAULISTA 03/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

0000 0000 0000 0000







PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat
/consultar informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por ANDERIAS, matrícula 1777136, Polícia Rodoviária Federal, em 15/08/2019, conforme padrão oficial de Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 2.093-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 1º do Decreto nº 6.538, de 8 de outubro de 2015 e no artigo 9º do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DC, de 19 de novembro de 2015.
A integridade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/boletim/validar>, informando o protocolo 1870349801 e o número de controle 28F5EA18759A87C117C9F823C615B1.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19030249B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 08/08/2019 Hora: 20:30 Município: CABO DE SANTO AGOSTINHO/PE
BR: 101 KM: 98,0 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: ANGEIRAS, 1777136

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

Por volta das 20:30 do dia 08/08/2019, no km 98 da BR 101 - PE, na cidade do Cabo de Santo Agostinho, o veículo V1, uma motocicleta, de placa PGP 6005, conduzida por Medeson Gomes de Araújo, que seguia no sentido decrescente da via, Cabo _ Recife, seguia o fluxo normalmente na sua faixa de rolamento, faixa da esquerda, quando o veículo V2, um automóvel de placa PFB 4339, um Renault/Sandero AUT1016V, conduzida por Bruno Ramos da Cruz, que também seguia no mesmo sentido, porém na faixa da direita, ao mudar de faixa de rolamento acabou, por não ter visualizado a motocicleta, colidindo lateralmente com a mesma.



Documento assinado eletronicamente por ANGEIRAS, marcos 1777136, Polícia Rodoviária Federal, em 16/08/2019, conforme registro feito no sistema, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.204-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 2º do Decreto Nº 5.526, de 8 de outubro de 2015 e na Súmula Nº 17 do art. 2º da Instrução Normativa Nº 21-CG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/institucional/autenticar>, informando o protocolo 19030249B01 e o número de controle 36E05A1679AB5C117C9F8C3C31361.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

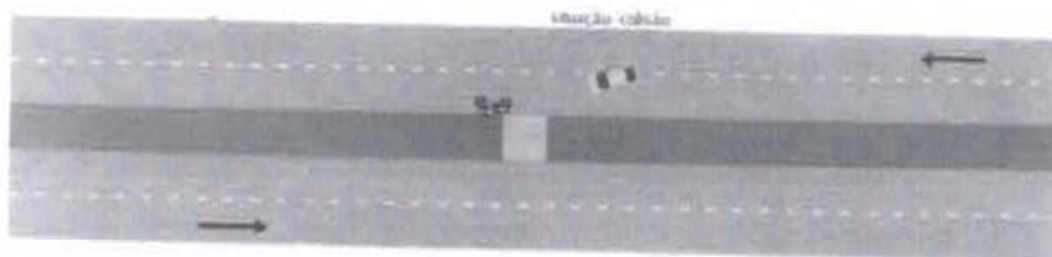


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19030249B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local do acidente



CARGO DE TRÂNSITO ACIDENTADO

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículo Envolvido
1	Colisão lateral	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Estragem (m)	Descapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Apoio	Localização	Conteúdo
---------------	-------------	----------

V1 - VEÍCULO 1 - PGP6005 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: PGP6005 Marca/modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Ano fabricação: 2013 Chassi: 9C2JC4110ER113313

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: Avarias no guidom, pedal, e tanque de combustível

Renavam: 00599576842

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Preta



Documento emitido eletronicamente por ANGERIAS, Instituto 177126, Polícia Rodoviária Federal, em 15/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 3.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto Nº 6.526, de 3 de outubro de 2015 e na alínea II do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DG, de 13 de novembro de 2013.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.trf.gov.br/movimentacoes>, informando o protocolo 19030249B01 e o número de controle 2826A1978A87C111C8F9C0281581.

191





MINISTERIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19030249B01



V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 125 FAN KS

Placa: PGP6005

Nº BOAT: 19030249B01

Nome do Agente: ANGEIRAS

Matrícula do Agente: 1777138

Data: 08/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	N/A
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	
Dano de Monta: Pequena				X	

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por ANGEIRAS, matrícula 1777138, Polícia Rodoviária Federal, em 18/06/2019, conforme habilitação de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto nº 8.538, de 8 de outubro de 2015 e no artigo 6º do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DO, de 15 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/validar> inserindo o protocolo 19030249B01 e o número de controle 20655A1878A87C117CBF9C0B1581.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19030249B01

V1 - Proprietário

Nome: DENILSON MARINHO RIBEIRO
Email:
Endereço: PAULISTA-PE

CPF/CNPJ: 045.414.284-66
Telefone: 81 988206480 - 81 988421802

V1C - CONDUTOR DE V1 - MEDESON GOMES DE ARAUJO

V1C - Informações

Nome: MEDESON GOMES DE ARAUJO
CPF: 096.306.674-95
Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 03/10/1991
Sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PE
Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 15/09/2011
Vencimento da habilitação: 29/03/2022

Nº Registro: 05303275388
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA CINQUENTA E QUATRO, 0000000012, CASA, SÃO FRANCISCO, CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE
Telefone: 988206480

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico
Informações complementares:

Tipo de Receptor: Outro

V2 - VEÍCULO 2 - PFB4339 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: PFB4339 Marca/modelo: RENAULT/SANDERO AUT1016V
Ano fabricação: 2011 Chassi: 93YBSR6RHCJ908209

Renavam: 00345782836
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Preta

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Mudando de faixa

Informações complementares: Para lama esquerdo com avarias, pneu esquerdo com avaria



Documento assinado eletronicamente por ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, em 22/01/2020 16:14:28, conforme função oficial de Assinatura, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto Nº 5.358, de 5 de outubro de 2010 e na alínea b do inciso III do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-CG, de 10 de novembro de 2010.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://pge.jus.br/validacao/validacao.asp>, informando o protocolo 19030249B01 e o número de controle 28E5A197B8A0C17C9F9C3C1381.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19030249B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / RENAULT/SANDERO AUT1016V

Placa: PFB4339

Nº BOAT: 19030249B01

Nome do Agente: ANGEIRAS

Matrícula do Agente: 1777136

Data: 08/08/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	N/A
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda	X			
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por ANGEIRAS, matrícula 1777136, Polícia Rodoviária Federal, em 16/08/2019, conforme boletim oficial de Boletim, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto Nº 8.556, de 8 de outubro de 2010 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 01-DG, de 13 de novembro de 2018.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/movelsistemas>, informando o protocolo 19030249B01 e o número de controle 29E6A1675A87C117C3F9C3C81381.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19030249B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por ANDERIAS, matrícula 1777196, Polícia Rodoviária Federal, em 18/06/2016, conforme haste oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto nº 6.536, de 5 de outubro de 2015 e na alínea II do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61/CG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticação deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/portal/autenticacao>, informando o protocolo 19030249B01 e o número de controle 2555EA15752A87C117C6F9C3C51381.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19030249B01

V2 - Proprietário

Nome: HAYSSA TUANY ALVES DE OLIVEIRA
Email:
Endereço: OLINDA-PE

CPF/CNPJ: 065.702.574-06
Telefone: 81-999643882

V2C - CONDUTOR DE V2 - BRUNO RAMOS DA CRUZ

V2C - Informações

Nome: BRUNO RAMOS DA CRUZ
CPF: 078.073.114-01
Estado físico: Ileso

Data de Nascimento: 07/09/1989
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PE
Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 20/06/2011
Vencimento da habilitação: 11/02/2024

Nº Registro: 05231521617
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA PADRE TEOFILO TWORZ, 0000000412, BONJI, RECIFE-PE
Telefone: 999643882
Email:



Documento assinado eletronicamente por ANGEIRAS, matrícula 1177186, Polícia Rodoviária Federal, em 16/06/2019, conforme livro eletrônico de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.309-2, de 30 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto Nº 6.880, de 8 de outubro de 2010 e na alínea f) do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2010.
A autenticidade desse documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/informacaotransparencia>, informando o protocolo 19030249B01 e o número de controle 2605EA18759AB701 (TCMPSC3C5128).

191





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do pedido ou ASL

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

096.306.674-95 MEDESON BOMES DE ARAUJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SU/SEP Nº 461/2012

5 - Nome completo

6 - CPF

MEDESON BOMES DE ARAUJO

096.306.674-95

7 - Profissão

8 - Endereço

9 - Número

10 - Complemento

PORTARISTA

RUA 26, 03

03

11 - Bairro

12 - Cidade

13 - Estado

14 - CEP

ALAMEDA

PAULISTA

DE

05

15 - E-mail

16 - Telefone

81.9880.6780

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\$1,00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUPEANÇA (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:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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



Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada com a apresentação do laudo do IML, cabendo, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 8.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar 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 óbito da vítima

25 - Grau de Parentesco (vítima 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:

30 - Vítima deixou nascituro(parteiro)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Se tinha irmãos, informar Fallecidos:

☐ Sim☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por violação do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PAULISTA 03/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CNPJ: 06.908.000/0001-00





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000894 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). MEDESON GOMES DE ARAUJO, 27 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 8327283 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 096.306.674-95, residente à RUA ENGENHO BARBALHO 2, nº SN, , ENGENHO BARBALHO 2, CABO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 08/06/2019, por volta das 21:06 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, CENTRO CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo AUTOMÓVEL SANDERO, PRETA, PFB4339-PE ; MOTOCICLETA HONDA FAN PRETA PGP6005-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) MEDESON GOMES DE ARAUJO, inscrito sob o CPF nº 096.306.674-95 e Registro Geral nº 8327283, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 704146-2 JOÃO PAULO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 117315. Ficou aos cuidados do médico DANIELLE TETI, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 16/09/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2019APH000894

Av. Jolão de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



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:	12/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MEDESON GOMES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00559

CONTA: 000000039623-2

Nr. da Autenticação 75FC1FA4C0687357





Recritório: PAULISTA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

8822

— 0557 —

07-2013-2

INSCRIÇÃO: 187.343.100-0000.000

58720

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 25724769.2

[illegible]

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

RECEIVED: 11/17/2008; REVISED: 02/25/2009

TABLE 1—Wages, 1982-94

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

1.95

1.9.23

Item	Quantity	Unit Price	Total Price
Item 1	100	1.00	100.00
Item 2	200	2.00	400.00
Item 3	300	3.00	900.00
Item 4	400	4.00	1600.00
Item 5	500	5.00	2500.00
Item 6	600	6.00	3600.00
Item 7	700	7.00	4900.00
Item 8	800	8.00	6400.00
Item 9	900	9.00	8100.00
Item 10	1000	10.00	10000.00

20/10/2019

FRANK A. JAGAN

14.22

Wavelength (nm)	Intensity
210	0.00
220	0.00
230	0.00
240	0.00
250	0.00
260	0.00
270	0.00
280	0.00
290	0.00
300	0.00
310	0.00
320	0.00
330	0.00
340	0.00
350	0.00
360	0.00
370	0.00
380	0.00
390	0.00
400	0.00
410	0.00
420	0.00
430	0.00
440	0.00
450	0.00
460	0.00
470	0.00
480	0.00
490	0.00
500	0.00
510	0.00
520	0.00
530	0.00
540	0.00
550	0.00
560	0.00
570	0.00
580	0.00
590	0.00
600	0.00
610	0.00
620	0.00
630	0.00
640	0.00
650	0.00
660	0.00
670	0.00
680	0.00
690	0.00
700	0.00
710	0.00
720	0.00
730	0.00
740	0.00
750	0.00
760	0.00
770	0.00
780	0.00
790	0.00
800	0.00
810	0.00
820	0.00
830	0.00
840	0.00
850	0.00
860	0.00
870	0.00
880	0.00
890	0.00
900	0.00

Enrollment year	94/95-2018
-----------------	------------



Arpe Agência de Propriedade
de Marcas

0800-2813844

multicollinearity

05721706-3

2022年11月

20/10/2019

TOTAL 8 PACES

14.82

VIA CONCRETA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 51005-000
CNPJ: 10.970.000/0001-08 | Fone: 3033343-30 | www.ceppe.com.br

NUMBER OF COUNTRIES

0000-0001-9300-0000

CLASSIFICATION
 1. *Psychiatry*
 2. *Psychology*
 3. *Psychiatry*

EXERCÍCIO DA UNIDADE CONJUNTA
AL. 1908, 66-10709-12-20-1911

1. $\forall x \in \mathbb{R}, \exists y \in \mathbb{R}, x + y = 0$
 2. $\exists x \in \mathbb{R}, \forall y \in \mathbb{R}, x + y = 0$
 3. $\forall x \in \mathbb{R}, \forall y \in \mathbb{R}, x + y = 0$

Category	Sub-category	Value
Category 1	Sub-category 1	Value 1
Category 1	Sub-category 2	Value 2
Category 2	Sub-category 1	Value 3
Category 2	Sub-category 2	Value 4

	Donor (USD)	Project (USD)	Cost (USD)
1. Project Management	215,000,000	1,000,000	100,000
2. Project Management			100,000
3. Project Management			100,000
4. Project Management			100,000
5. Project Management			100,000
6. Project Management			100,000
7. Project Management			100,000
8. Project Management			100,000
9. Project Management			100,000
10. Project Management			100,000

TOTAL CAPACITY

[illegible][illegible]

Il presente studio ha l'obiettivo di valutare l'efficacia di un intervento di educazione sanitaria per la prevenzione della tubercolosi in una popolazione a rischio. L'intervento si è svolto in un centro di assistenza sanitaria di base e ha coinvolto un gruppo di operatori sanitari e un gruppo di operatori comunitari. I risultati dello studio mostrano che l'intervento ha avuto un impatto significativo sulla riduzione dell'incidenza della tubercolosi e sullaumento della copertura vaccinale. Le conclusioni dello studio suggeriscono che l'educazione sanitaria è uno strumento efficace per la prevenzione della tubercolosi in popolazioni a rischio.

Figure 1 shows a grayscale micrograph of a surface on the left and a corresponding color-coded map on the right. The color map uses a scale from 0.000 to 0.005, with a color bar on the right side of the map. The map shows a distribution of values across the same area as the micrograph.





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 9h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0209-1594 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 08 | Central Ovidual: 0800 022 94

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIHL/DTECAWES/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29638>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras (já obrigadas a manter cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações) este cadastro deve conter, além dos documentos de identidade, passaporte, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A falta ou fornecimento das informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, a determinação da referida Circular, este recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP: ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS INTERCÂMBIOS DE SEGUROS, PREVIDÊNCIA EM VIDA, RESCUE, CAPITALIZAÇÃO E RESCUE-UNO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF: ÓRGÃO INDEPENDENTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA ECONOMIA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, ANEXAR, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SURTIDAS DE ATIVIDADES FINANCEIRAS PRESENTES NA LEI Nº 613/98.

Pelo(s) (a) LUCIANA DA SILVA OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 406.013.406-63 na qual pede de Procurador (a) / Intermediária (a) no documento MEYERSON DOMES DE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o nº 098.306.674-95

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAR da vítima A. M. ESMAI

inscrito (a) no CPF sob o nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declara Profissão: _____ Renda: _____ e apresenta os documentos comprobatórios.

☒ Recusa informar.

Declara, ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, reunir ou fornecer o endereço atualizado do comprovante de residência do endereço informado. Está ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

RUA BUA SORTE		Número	812	Complemento	APTO. 102
Bairro	DESTEIRO	Cidade	ARACUÁ LIMA	Estado	PE
E-mail	53570110				
Tel. (DDD) 81 99745 7471					

Local e Data: Aracua Lima 04.12.19

Assinatura do Declarante

OLDML001 V001/2217

