



Número: **0000814-35.2019.8.17.2770**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Itambé**

Última distribuição : **13/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES (AUTOR)		EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56985900	27/01/2020 14:40	2687310_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ITAMBE/PE

Processo: 00008143520198172770

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 **ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES**, 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 **05/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **07/11/2019**.

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 o boletim de ocorrência fora elabora somente após 02 meses da data do suposto acidente, de forma unilateral pela própria parte autora, sem a presença de testemunhas e que os documentos médicos não atestam que as lesões teriam decorrido do sinistro.

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

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 07/11/2019 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 05/09/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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;



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 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.

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)



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

Compulsando os documentos apresentados pela parte autora, percebe-se que o acidente somente fora comunicado à autoridade policial após dois meses, sendo realizado somente a partir de informações prestadas pela própria parte autora e sem a presença de testemunhas

Ademais, os documentos médicos também constatarem que a parte autora relata que adquiriu as lesões após acidente de trânsito, se haver qualquer comprovação dos fatos alegados, conforme demonstrado abaixo:

SUS **Laudo para solicitação de autorização de internação**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRARES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRARES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES	6 - Nº Prontuário	129134
7 - Cartão Nacional do SUS	708606088206688	8 - Data de Nascimento	11/04/1979
9 - Sexo	Masculino	10 - Raça/Cor	03 - Parda
11 - Nome da Mãe	MARIA DE FATIMA CAVALCANTE FERNANDES	12 - Telefone de Contato	8199425597
13 - Nome do Responsável	MARIA DE FATIMA CORREIA	14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	JADIER PEREIRA PONTES, 98 - CENTRO	17 - IBGE	280765
16 - Município	ITAMBE	18 - UF	PE
19 - CEP	56920000		

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
Paciente encaminhado da unidade mista de Itambe, com relato de queda de motocicleta há 14h, cursando com dor e deformidade em membro direito. NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS.

21 - Condições que justificam a internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

Portanto, como não há nexos 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:

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)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190663207 Cidade: Itambé Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: ELIEDILSON CAVALCANTE Data do acidente: 05/09/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
 FERNANDES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Não
 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA DIREITA.
 Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P.02/03/09/10/
 Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO
 Sequelas: Com sequela
 Documento/Motivo:
 Nome do documento faltante:
 Apontamento do Laudo do IML:
 Conduta mantida:
 Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO
 Documentos complementares:
 Observações: IMAGEM P.12

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. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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 tornozelo	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 irretratável 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 05/09/2019. 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: 06/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04913

CONTA: 000000010686-7

Nr. da Autenticação 7F4D75BDD57B7E7B

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 HOUVE 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.

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

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).

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.

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 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,

ITAMBE, 24 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/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 **ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **ITAMBE**, nos autos do Processo nº 00008143520198172770.

Rio de Janeiro, 24 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: **0000814-35.2019.8.17.2770**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Itambé**

Última distribuição : **13/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES (AUTOR)		EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56985901	27/01/2020 14:40	ANEXO 1	Outros (Documento)

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE MUP

Data e hora retirada da senha: 05/08/2019 11:59



Nome Paciente: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 11/04/1979
Sexo: Masculino
Idade: 40 anos
Senha: 0018
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 05/08/2019 12:51 - 05/08/2019 12:58

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE PROVENIENTE DA UNIDADE MISTA DE ITAMBÉ COM HISTÓRIA DE TRAUMA EM TORNOZELO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ MAIS DE 12 HORAS

Observação:

SENHA: 5784275
HAS+ / NEGA DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- SACR - REGUA DE DOR: 0
- FREQUÊNCIA CARDÍACA: 103.00 BPM
- GLICOSE: 107.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 160.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 %

REVISADO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
COREN: 498644

Acolhido(s) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 05/08/2019 12:58

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431560
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES			6 - Nº Prontuário	129134
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
709806083205638	11/04/1979	X 1 2	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA DE FATIMA CAVALCANTE FERNANDES			12 - Telefone da Central	8199428897
Nome Responsável	MARIA DE FATIMA CORREIA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	JADNER PEREIRA PONTES, 98 - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ITABASE	280765	PE	55920000		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	FRACTURA ENCAIMINHADA DA UNIDADE MISTA DE TIBIA, COM RELATO DE QUEDA DE MOTOCICLETA HA 14H, CURSANDO COM DOR + DEFORMIDADE EM SELO DIREITO. NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS.		
21 - Condições que justifiquem a internação	TRATAMENTO CIRÚRGICO		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA		
Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	3823	V289	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	0408050543		
29 - Especialidade	30 - Centro de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	UX CNS () CPF	980016277746192
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA	05/09/2019	Melo 15970	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Etnia	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Orgão Emissor
	E280805001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
	CRM 261715600 Traumatologista Adauto Lima

AIH
261910221062-6

AIH
261910221063-7

Código do Laudo: 493846





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 493846

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 05/08/2019 13:06

Paciente: 129134 ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 11/04/1979 Idade: 40 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA CAVALCANTE FERNA Nome do Pai: ELIAS ALVES FERNANDES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: JADIER PEREIRA PONTES

98

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ITAMBE

PE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCOA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

esp: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Lesão traumática de articulação mista do tornozelo, com relato de queda de moto há 14h, cursando com dor e deformidade em tornozelo D. Hiperlordoses em abdução.

Exame Físico

F.G.B. L.O.T.E. supinco e afibul. M.D. com deformidade em tornozelo D. + fragmento fraturado, tipo, transverso e unil. de metáfase medial D. RX: FX de pilão tibial D.

Hipótese Diagnóstica

Fx exposta de pilão tibial D

Prescrição Médica

1) Internamento ao bloco sem banho

2) Dieta zero

3) VPM

Dr. Luiz Rogério Maciel Gomes

CRM-PE 27282 CRM-BA 33036

+ Dr. Juliano Blachado

Assinatura e Carimbo/Médico

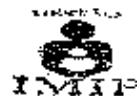
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Elizidilson C. Fernandes Registro: 129134
Clínica: Ortopedia Enfermaria: Leito:

Data/Hora	
26/09/19	8 ^h 17.10
	Osteomielite fútila pelo Púnel D
	Pete peri, sem queixas, F.O. em
	acalutação, ainda com TB dorsal
	- X-pouco pedregulho sintomático.
	- Não há febre
	- Pouca febre 38,5°C
	- Não há
	- B-X de volta c/ 30dt
	- Retirar pontos em volta com 10 dias.

Coordenador
Clínica de Ortopedia
Médico Responsável
2019/09/26



RECEITUÁRIO

Eledson Cardozo

Renato Ribeiro

Período com lactação até
ocorrência de acidente com
08/09/19, após parto 08/09/19,
anestesiado e amigdalotomia,
segue em reabilitação.

C3/1: 582.3

26/09/19

Assinado eletronicamente por:
Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Médico da Família
12/01/2020

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ
Secretaria de Saúde
UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Idade: 1 ano
Nº Cartão SUS 7101214101610181211214111 Data de Nascimento: 11/11/19
Nome de Paciente: Guilherme Cordeiro de Mello Junior Sexo: M Raça: Pardo
Estado Civil: Solteiro Nome da Mãe: Marlene de Fátima
Endereço: R. 15 de Novembro, 150 nº 150 Bairro: Parque
Cidade: Itambé CEP: 52.100-000 PSF: 150150150
Data do Atendimento: 27/01/2020 Hora da Chegada: 13h min.

Pré - Consulta: P.A. PESO: PULSO: TEMP. GLICEMIA:

QUEIXA PRINCIPAL

erupção de febre

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

() Vermelha () Amarela () Verde () Azul

ENFERMEIRO DA TRIAGEM:

diagnóstico de febre

Assinatura/Carimbo

QUEIXAS DIAGNÓSTICO:

sem outros pontos

EXAMES COMPLEMENTARES

feito
ver
apto

TRATAMENTO

1) Talatol 120mg/500ml
2) Diclofenaco 100mg/500ml

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO 01:

ORL, L, C, O

PROCEDIMENTO 03:

PROCEDIMENTO 02:

ORL, L, C, O

PROCEDIMENTO 04:

MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA
2 - INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITOS ÀS: MIN

DO DIA:

DATA SAÍDA:

HORA DA SAÍDA: H. MIN.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura / Carimbo CRM





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 493888

Usuário: ELISAMASP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES** Prontuário: 129134
Idade: 40a 4m 25d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 11/04/1979
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 55920000
R.G.: 5836677 C.P.F.: Endereço: JADIER PEREIRA PONTES, 98 - CENTRO - ITAMBE - PE
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 05/09/2019 14:32
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-16
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: - Número: Estado civil:
Telefone: Cidade:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 19/09/19 Hora da Alta: 7:30
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: Bom
Diagnóstico Principal.....: Ex. tumor distal
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Exame de laboratório.....: RAEI
Assinatura e RG do responsável pela retirada do paciente: Dr. Rafaela Carneiro da Silva
Médico ERM: Dr. Rafaela Carneiro da Silva

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésicos, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.
Em _____ de _____ de _____
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável: Dr. Rafaela Carneiro da Silva



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 493846 Prontuário: 129134 SAME: 115803 Hora Atend: 13:06 Data Atend: 05/09/2019
Paciente.....: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES Idade: 40 a
Endereço.....: JADIER PEREIRA PONTES
Bairro.....: CENTRO
Cidade.....: ITAMBE
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA UF.: PE CEP: 55920000
CID Principal.....: - Plano...: PLANO UNICO
CID's Secundários.:
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída.....: 05/09/2019 Hora Saída : 14:30

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES REG: 129134

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
5/9/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
14:05	PACIENTE ENCAMINHADO DA UNIDADE MISTA DE ITAMBÉ, COM RELATO DE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ 14H, CURSANDO COM DOR + DEFORMIDADE EM TORNOZELO DIREITO. NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS.
AO EXAME:	EOB, LOTE, EUPNEICO E AFEBRIL. MID APRESENTANDO DEFORMIDADE EM TORNOZELO DIREITO, ALÉM DE FERIMENTO TRANSVERSO E SANGRANTE A NÍVEL DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO, COM EXAME NVC PRESERVADO. RX: FX DE PILÃO TIBIAL DIR
HD:	FX DE PILÃO TIBIAL DIR
CD:	INTERNAMENTO AO BLOCO SEM BANHO
	DIETA ZERO
06/09/19	14h
	Hx = F.M.T. Distal T.I.N. (1)
	Lo = 05/09 = FRATURA EXTENSORA DO TORNOZELO DIREITO
	Exame Sem (exame)
	EOB (exame) LOTE
	MID (1) EOB (exame) 2.000
	q = TC TORNOZELO
ACRIS	14h
	Hx = F.M.T. / Hx = 0.000
	Exame Sem (exame) NO TORNOZELO
	EOB (exame) 2.000
	MID (1) = EOB (exame) 2.000
	q = NVC PRESERVADO

Dr. Luiz Rogério Machado Gomes

Méico

CRM-PE 2750 CRM-BA 33039

Dr. Juliano Machado

Dr. Luiz Rogério Machado Gomes
Méico
CRM-PE 2750 CRM-BA 33039

Dr. Luiz Rogério Machado Gomes
Méico
CRM-PE 2750 CRM-BA 33039



HOSPITAL MIGUEL ARRARESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.: 05/09/2019

Hora.: 18:21

Aviso de Cirurgia : 59279

Paciente : 129134

Convênio Atend. : 1

Leito : 692

Dt. Início : 05/09/2019 17:40

Cid Pré-Operatório : S823

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001

SALA 01

ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

SUS - INTERNACAO

VERD2-16

Dt. Fim : 05/09/2019 18:15

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Atendimento : 493888

Carteira :

Idade : 40 Anos

Procedimento: 0408050543

Convênio: 001

Anestesia:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

CIRURGIO
ANESTESISTA15979 JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA
10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE**Descrição Cirúrgica :**

HD: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO

CIRURGIA: APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO

CIRURGIÃO: DR JULIANO MACHADO

1º AUXILIAR: GUILHERME BORBA

INSTRUMENTADORA: PIERLA

ANESTESISTA: DRA SYLVIA

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SON RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MID
3. POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTEREIS
4. APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO
5. OBSERVADA BOA REDUÇÃO PELO INTENSIFICADOR DE IMAGENS
6. CURATIVO ESTERIL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

Guilherme Borba
Médico
CRM-PE 27.705

DR(A) : JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA
CRM : 15979

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRARES DE ALENCAR



Aviso de Cirurgia : 59539 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 129134 ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES Atendimento : 493888
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 83 ORTL-509-LEITO 003 Idade : 40 Anos
Dt. Início : 18/09/2019 08:32 DL Fil : 18/09/2019 10:22
Cid Pré-Operatório : S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA
Cid Pós-Operatório : S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Procedimento: 0408050808 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

URGIAO 19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
ANESTESISTA 9136 JULIO CESAR CAVALCANTI MAIA

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA PILAO TIBIAL DIREITO
CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO LINEAR TRANSARTICULAR+ RAFI COM PLACA "T" +PARAFUSOS
CIRURGIÃO:DR ANTONIO QUEIROZ
1º AUXILIAR:DR CAIO FRANCISCO
2º AUXILIAR:DR RENATO HOLANDA
3º AUXILIAR:DR PEDRO CUNHA
ANESTESISTA: DR JULIO MAIA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO LINEAR;
2. ASEPSIA E ANTISSEPISIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÊREIS;
4. INCISÃO DE PELE NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO DE 7 CM NA FACE LATERAL DO TORNOZELO;
5. DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
6. DISSECÇÃO POR PLANOS;
7. PASSAGEM DE 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS 3,5 MM ROSCAS PARCIAIS COM ARRUELA EM MALÉOLO MEDIAL ;
8. INCISÃO DE PELE ANTEROMEDIAL DE 1 CM NA FACE ANTERIOR DO TORNOZELO; PASSAGEM DE 2 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5MM;
9. FIXADO COM PLACA 4,5 MM ESTREITA 3X8 FUROS, FIXADA COM 3 PARAFUSOS ESPONJOSOS (1 ROSCA LONGA E 2 ROSCA CURTA) DISTALMENTE E 3 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMALMENTE, ALEM DE 1 PARAFUSO DE CORTICAL DE TRAÇÃO ;
10. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
11. LIMPEZA COM SF 0,9%;
12. SUTURA POR PLANOS;
13. CURATIVO LOCAL;

Achados Cirúrgicos:

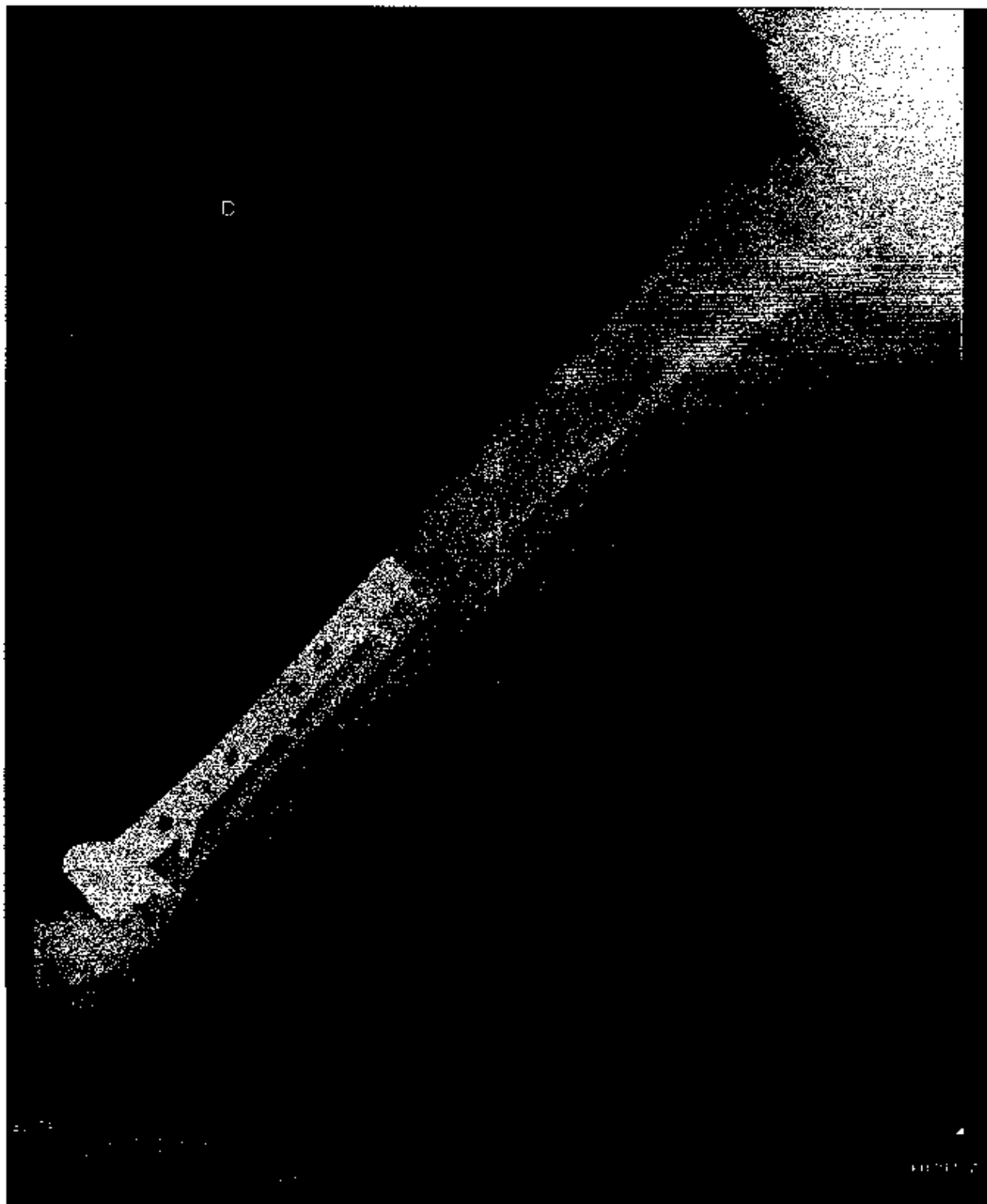
Descrição Complementar

DR(A) :

Dr. Eliezer Guedes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 20.650

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





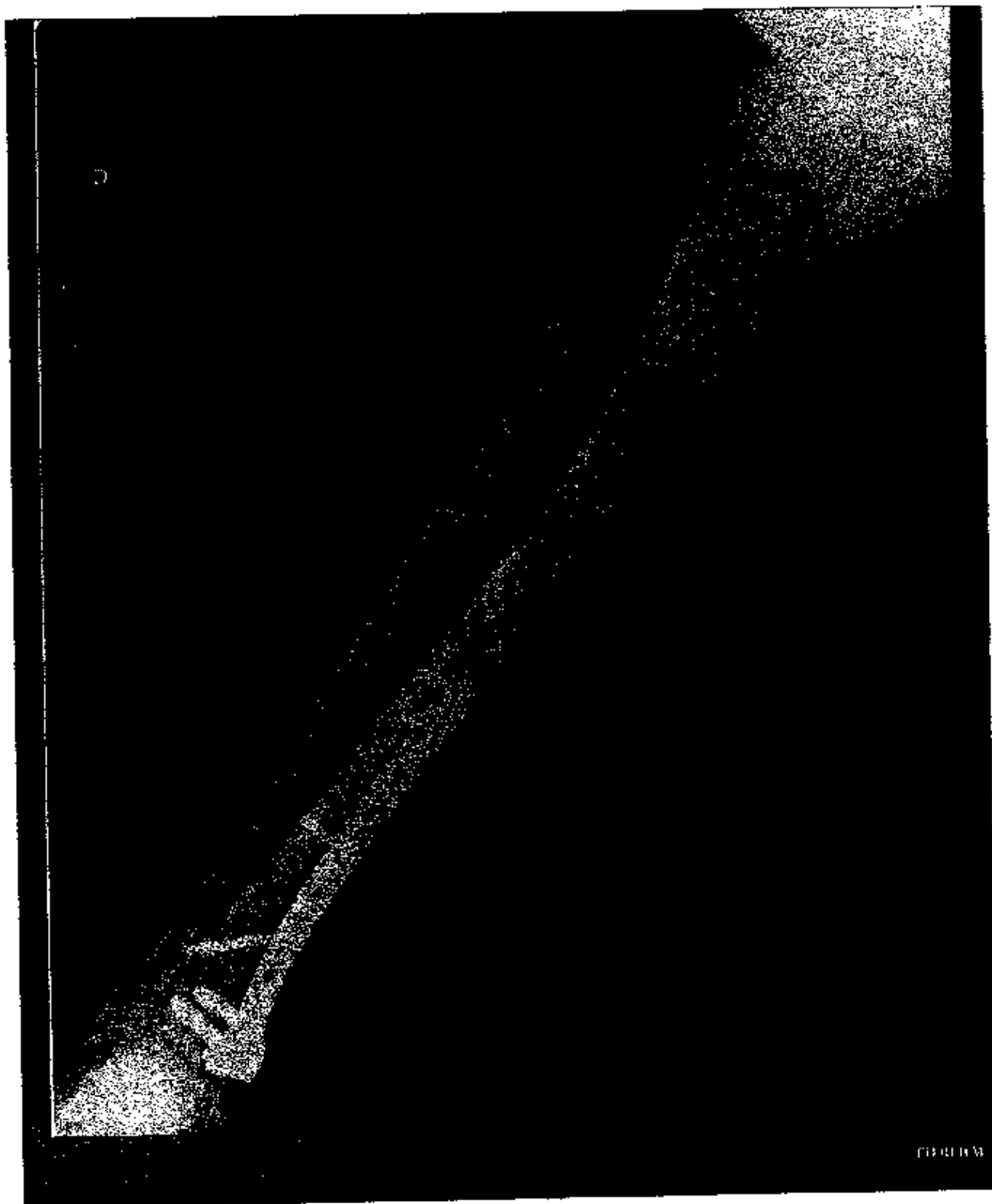
Serviço de Imagem.
Raio X
Tomografia
Endoscopia
Mammografia
Arteriografia

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



www.hospitalmarraes.org.br





FIDELITY

Serviço de imagem:
Raio X
Tomografia
Endoscopia
Assessoria
Radiológica

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

 hma.imp.org.br



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA

IDENTIFICACAO CIVIL

DIR-44



Elieilson Cavalcante Fernandes

CARTÃO DE IDENTIDADE

5836677

27.01.1997

ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

Elias Alves Fernandes e
Maria de Fátima Cavalcante Fernando

Goiana-PE

11.04.1979

C.N. 7524 P. 262-V L. 07-A Cart.
de Goiana-PE.

Col. José Tibério Correia do Amaral

MINISTERIO DA JUSTICA

SECRETARIA DE REGISTRO E TITULACAO

GPF - CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

Nome

ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

Nº de inscrição

031687304-75

Data de Nascimento

11/04/79



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE
PESSOAS FISICAS - CPF, vedada a utilização por terceiros, salvo
nos casos previstos na Legislação vigente.

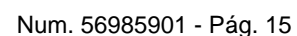
Assinatura

ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 15/08/97





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INDUSTRIA

DETRAN - PE Nº 014659185006
CERTIFICADO DE REGISTRO E VENCIMENTO DE VEÍCULO

WANT 1200271330 2019

HONDA MOTONETA 125

ITAMBÉ-PE

872.658-24 QVA7341

***** 1200271330 *****

PAL MOTONETA 125 QVA7341

HONDA/BIZ 125 2019 2019

29/12/2011 PARTIC FRANCA

SEVA 2019 QUANDO *****

0.32 84.56 29/08/19

AL. FID. BANCO PAN SA

Roberto de Sá

ITAMBÉ-PE 29/08/19

Roberto de Sá

DETRAN - PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190663207 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P.02/03/09/10/

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P.12

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. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420625/19

Vítima: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

CPF: 031.687.304-75

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/09/2019

Titular do CPF: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

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

ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES : 031.687.304-75

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: 27/11/2019
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190663207 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P.02/03/09/10/

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P.12

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. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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





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, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190663207

Vítima: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

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,

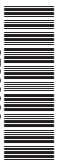
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15161404

Pag. 00055/00056 - carta_01 - INVALIDEZ

00030028





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, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190663207

Vítima: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

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 tornozelo 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: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004913

Conta: 0000010686-7

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 031.681.304-75 4 - Nome completo da vítima: Elieclison Cavalcante Fernandes

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

5 - Nome completo: Elieclison Cavalcante Fernandes 6 - CPF: 031.681.304-75
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua B 9 - Número: 11 10 - Complemento: Falso
11 - Bairro: Hambre 12 - Cidade: Hambre 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55920-000
15 - E-mail: elidpvat@hotmail.com 16 - Telefone: (81) 9-916-7948

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, assinando uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 4913 CONTA: 10686 7 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, Titular, reconheço e dando, desde, e somente após a confirmação 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 (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.

Pelo motivo alegado, solicito o pagamento imediato da indenização ou 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 5.154/74, art. 13, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de 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 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Fallecidos: 30 - Vítima deixou nascituro/foi nascituro? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Fallecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará a meu direito, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas pessoas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Hambre 18/11/19

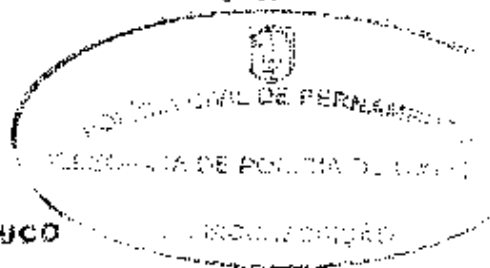
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



07/11/2019 15:33



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ -
DP49ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0139001399

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/11/2019 às 17:30

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 6/8/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE ITAMBÉ, 01, RUA DO
CEMITÉRIO DE ITAMBÉ (PLANATO) - Bairro: CENTRO
ITAMBÉ/PERNAMBUCO BRASIL - Estado de Pernambuco - EM FRENTE
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Carro de passeio), cor branca, com placa (RQ) 021405730075
CAVALCANTE FERNANDES

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

ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: MARIA DE FÁTIMA CAVALCANTE FERNANDES Filho: ELIAS ALVES
FERNANDES Data de Nascimento: 17/4-1973 Naturalizado: GUIANA / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 533677169572 (RG), 021405730075 (CPF) Escolaridade: 1ª GRAU
COMPLETO Profissão: MOTORISTA Tatuagem: Símbolos
- 81986824097

Endereço Residência: MUNICÍPIO DE ITAMBÉ, 02, RUA JADIER PEREIRA MONTES
(PLANATO) - CEP: 55620-000 - Bairro: CENTRO - ITAMBÉ/PERNAMBUCO BRASIL,
PRÓXIMO AO FREI ORLANDO

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: NÃO INFORMADO
Data de Nascimento: 11/11/1968 País de Nascimento: NÃO INFORMADO: PERNAMBUCO -
BRASIL (Documento): DESCONHECIDO
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE ITAMBÉ, 01, DESCONHECIDO - CEP: 55620-000 -
Bairro: CENTRO - ITAMBÉ/PERNAMBUCO BRASIL

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(s): ELIEDILSON CAVALCANTE
FERNANDES, que estava em posse do(s) Sr(s): ELIEDILSON CAVALCANTE



RECORRER

Categoria/Modelo/Motor: MOTOCICLETA HONDA NÃO INFORMADO Objeto: apreensão N.º

1 de 1

27/01/2020 17:22

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/ELSON/Desktop/Boletim%20de%20Ocorrência/Boletim%20de%20Ocorrência.htm

Cit: BRANCA - Desconhecido (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: 0Y27344 (PARANAMIRIM) NÃO INFORMADO Registro: 128387478

Ano Fabricação/Modelo: 2019/3019

Descrição: MARLENE CORREIA DA SILVA

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE SEGUIA NO LOCAL INDICADO QUANDO PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEICULO VINDO A SOLO, QUE DO LOCAL DO ACIDENTE A VITIMA FOI PARA SUA RESIDENCIA, E EM SEGUIDA LEVADO PARA O HOSPITAL RE ITAMBÉ ONDE FORAM CONSTATADAS AS LESÕES PELO MÉDICO DR AMOR BARRETO DE CRUZ 24.752, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS EN PAULISTA.

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

ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES
ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES
(VITIMA)

6.º registrado por: JORGE JOSÉ DE OLIVEIRA - Matrícula: 319261-8





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 031.681.304-75 4 - Nome completo da vítima: Elieclison Cavalcante Fernandes

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

5 - Nome completo: Elieclison Cavalcante Fernandes 6 - CPF: 031.681.304-75
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua B 9 - Número: 11 10 - Complemento: Falso
11 - Bairro: Hambre 12 - Cidade: Hambre 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55920-000
15 - E-mail: elieclison@hotmail.com 16 - Telefone: (81) 9-916-7948

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, assinando uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 4913 CONTA: 10686 7 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, Titular, reconheço e dando, desde, e somente após a confirmação 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 (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.

Pelo motivo alegado, solicito o pagamento imediato da indenização ou 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 5.154/74, art. 13, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de 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 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro/foi nascituro? ☐ 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 o valor devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas pessoas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Hambre 18/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





ITAMBÉ
PREFEITURA SEMPRE COM VOCÊ
Secretaria de Saúde

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

UNIDADE MISTA DE ITAMBÉ

Miguel Arão

Encaminhamento de:

Itambé

Para: Ortopedia

Nome: Elie dilson Cavalcante

Família Nº: _____

Fernandes

Consulta Médica ☒

Serviço Complementar ☐

Hospitalização ☐

Motivo:

Paciente com fratura em re-
gião de tornozelo (tíbio-tálica) por aci-
dente automobilístico, apresentando fratu-
ra de tíbia ①

Último Tratamento:

Senha: 5764275

Dr. Anom Barreto
Médico
CRM PE 24.758

Assinatura

05, 09, 19

Data

Retorno de:

Para:

Nome:

Família Nº:

Diagnóstico:

Orientação:

Assinatura

Data



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:	06/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04913

CONTA: 000000010686-7

Nr. da Autenticação 7F4D75BDD57B7E7B



ADDENDUM
 10/1/2011

" FUNDAMENTO DA UNIDADE CONSUMIDORA
1975

1790-1800 1800-1810

1. 2014年11月1日
 2. 2014年11月1日
 3. 2014年11月1日

CLASSIFICATION
P: REFUGEE, AL
AGE 51/52/53

1. DATE _____ TIME _____
 2. NAME _____ UNIT _____

[illegible]

0487242020 70/2019
23/11/2019 18.11/2019
102.80

[illegible]

1.30 **الموت في الدنيا**

• 12 20

WFO	TPG DA	AMTERR	ATUAL	WFO: DIFERENÇA	AJUSTE	COMANDO-TIPO
RECEB	QUANTO	DATA	LEITURA (1000000)	DATA (1000000)	DATA	DATA

[illegible]

SECRET

[illegible]



0011643



PC-00

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
R D G FERREIRA LIMA 127 CS
CENTRO (PX CLUB
55870-000 TIMBAUBA - PE



270819

Fechamento próxima fatura: 26/09/2019

Postagem: 27/08/2019

Vencimento: 05/09/2019

Emissão: 26/08/2019

Titular **EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA**
Cartão **4642.XXXX.XXXX.5253**

Entre no App Credicard para ver o seu limite, fatura, melhor data de compra e muito mais!

vencimento

05/09/2019

A) pagamento total

680,19

B) pagamento mínimo

102,03

C) parcelas fixas

42,87
+23x 42,87

Veja outras opções na 2ª folha

B) Pagamento mínimo: optando
por pagar quantia entre o valor

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito

6.300,00

Lançamentos: compras e saques

C LIMA (R-15253)

VISA**Resumo da fatura em R\$**

Total da fatura anterior	882,81
Pagamento efetuado em 05/08/2019	- 882,81
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	680,19
Total desta fatura	680,19

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

PROIBIDO PLASTIFICAR

1756882390

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1756882390

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

CPF: 6435924 889 PE

DATA NASCIMENTO: 04/07/1984

DATA EMISSÃO: 23/01/2004

JOÃO CARLOS FERREIRA LIMA

GIÁRIA MARIA GOMES FERREIRA LIMA

PERMITESSO: 38/01/2014

VALIDADE: 02/05/2003

LOCAL: TIMBAUBA, PE

DATA EMISSÃO: 29/01/2019

PERNAMBUCO

3003560346

88090078796



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edward J. F. Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.735.444/32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Eleudson Benfante Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.683.304/75 do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima Eleudson Benfante Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua Geraldo Ferreira Lima		121	caso
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Timbaúba	PE	55820-000
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD)
eholpeat@hotmail.com	(81) 9.97167948		(81) 9.163.6662

Timbaúba, 18 de Novembro de 2019
Local e Data

Edward J. F. Lima
Assinatura do Declarante

