



Número: **0001193-18.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.505,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57216 497	31/01/2020 10:47	2688203_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00011931820208172001

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 **WESLEY RODRIGUES DE OLIVEIRA 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 **04/05/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 17/06/2019.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

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;

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)



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, 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: 3190651760	Cidade: Recife	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES	Data do acidente: 04/05/2019	Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 03/12/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P3,5,7,8				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO DIREITA.				
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 RESIDUAL DE MÃO DIREITA.				
Documentos complementares:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

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



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

"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e 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, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **04/05/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), 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:	945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000030011-3

Nr. da Autenticação 33DE23DC4912B4FB

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 parciais⁴.

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

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

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

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

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\$ 945,00 (NOVECIENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

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

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



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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.

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

⁷art. 1º. (...)

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



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, 23 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
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 **WESLEY RODRIGUES DE OLIVEIRA FERNANDES**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00011931820208172001.

Rio de Janeiro, 23 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: **0001193-18.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.505,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57216498	31/01/2020 10:47	ANEXO 1	Outros (Documento)



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorsider.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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, VALDETE FERNANDES DA SILVA,
RG nº 789.398, data de expedição 24/05/2012
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 073.118.934-53
com domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA ANGÊNITA, nº 50,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES, cujo o condutor era
WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 160 FANESDI Ano: 2016/2017
Placa: PDV-8391 Chassi: 9C2KC2200HR001981
Data do Acidente: 04/05/2019

Local e Data: _____

Valdete Fernandes da Silva

Assinatura do Declarante

Wesley Rodrigo de V. Fernandes

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



15º DISTRITO
PE
Cartório de Registro Civil
Assinatura do Declarante

Seção de Autenticidade e Firma Indicado de
VALDETE FERNANDES DA SILVA
lançada em minha presença, Dou fé,
Recife, 30 de setembro de 2019. Em
TESTE da verdade,
ANA PAULA DE VASCONCELOS FERRAZ (ESCRIVENTE
SUBSTITUTA)
Emol.: R\$ 1,59 TCNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERM
R\$ 0,04 FUNSIG R\$ 0,08 Total R\$ 4,91
válido somente com o selo
004617.FYCD9201912.00080 (13:28:35)
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital.

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES**, prontuário nº **1171165**, admitido neste hospital em 10/05/2019 com diagnóstico de Fratura de escafóide direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 16/05/2019.

Recife, 18 de Setembro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 12434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br



SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		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 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE		8 - Nº DO PROCTUÁRIO		
Wesley Rodrigo de Oliveira Fernandes		640063		
6 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		
		MASC 1 FEM 3		
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO		
		1º DO TELEFONE		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO		
		2º DO TELEFONE		
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO		
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		18 - UF		
		19 - CEP		
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		22 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		24 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL		26 - CID 10 PRINCIPAL		
		27 - CID 10 SECUNDÁRIO		
		28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		30 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
Trat. cirúrg. ossos do corpo		0408020466		
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		DIÁRIA DE UTI TIPO II		
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - Q.TDE		
Parafuso Herbert		070203061901		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
		37 - Q.TDE		
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		39 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
		40 - Q.TDE		
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
Paciente admitido com fratura de escápula direita, foi submetido a procedimento cirúrgico sem intercorrências.				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
Eduardo José Farias de Queiroz		16/05/19		
44 - DOCUMENTO		45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
CNS		09295404416		
CPF		09295404416		
AUTORIZAÇÃO				
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - COD. ORGÃO EMISSOR		
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
CNS		CPF		



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: 640063 Prontuário: 1171165 Data de Nascimento: 28/04/95 Idade: 24 ANO(S)
Nome do Paciente: **WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES**
Sexo: Masculino
Nome da Mãe: ANA PATRICIA PEREIRA DE OLIVEIRA
CPF: 10362709475
Data: 15/05/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S62 FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES
SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É
DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPAS PARA IDENTIFICAR A
FRATURA E O FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA COM

PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO. DE FRATURA DO ESCAFOIDE (COD.
04.08.02.046-6) CÓDIGO: 040802046-6

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

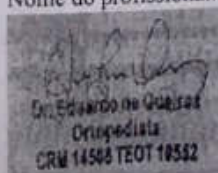
PROCEDIMENTO REALIZADO: TTO. DE FRATURA DO ESCAFOIDE (COD. 04.08.02.046-6)
CÓDIGO: 040802046-6

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:DR. EDUARDO QUEIROZ	
2	1.AUX CIRÚRGICO:	DRA. PRISCILA GRECH	CRM 14508
3	2.AUX CIRÚRGICO:		CRM 27539
4	ANESTESIA	:BLOQUEIO	
5	ANESTESISTA	:DR. MAURO CASADO	CRM 2161
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

RESUMO DE CASO: PACIENTE COM FRATURA GRAVISSIMA DE POLO PROXIMAL DO
ESCAFOIDE
PROGNOSTICO RESERVADÍSSIMO
SUBMETIDO A OSTEOSINTESE COM HERBERT

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: EDUARDO JOSÉ FARIAS DE QUEIROZ. CRM: 14508. Data e Hora: 15/05/2019 14:45:22.



Scanned with CamScanner





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:640063 Prontuário:1171165 Data de Nascimento:28/04/95 Idade:24 ANO(S)

Nome do Paciente: **WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES**

Sexo: Masculino

Nome da Mãe: ANA PATRICIA PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 10362709475

Data: 15/05/2019

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S62 FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO | NOTA: AS SEGUINTES SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR A FRATURA E O FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA COM

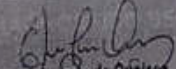
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

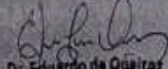
**MOTIVO DA ALTA
CURADO**

Dr. EDUARDO JOSÉ FARIAS DE QUEIROZ
CRM: 14508

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: EDUARDO JOSÉ FARIAS DE QUEIROZ. CRM: 14508. Data e Hora: 15/05/2019 14:45:22.


Dr. Eduardo de Queiroz
Ortopedista
CRM 14508 TEOT 10552


Dr. Eduardo de Queiroz
Ortopedista
CRM 14508 TEOT 10552

Scanned with CamScanner



Registro: 640063 Prontuário: 1171165 Data de Nascimento: 28/04/95 Idade: 24 ANO(S)
Nome do Paciente: **WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: ANA PATRICIA PEREIRA DE OLIVEIRA
CPF: 10362709475

Data: 15/05/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 15/05/2019-14:34

EQUIPE

CIRURGIÃO: DR. EDUARDO QUEIROZ CRM 14508 ITORK
AUXILIAR: DRA. PRISCILA GRECH
ANESTESISTA: DR. MAURO CASADO CRM 2161

OPME: PARAFUSO AUTOCOMPRESSIVO CANULADO 2.7

DADOS CIRÚRGICOS

PROCEDIMENTOS: 1. TTO. DE FRATURA DO ESCAFOIDE (COD. 04.08.02.046-6)

CID10: S62.0
DATA: 15-05-2019 HORA INICIO: 14:00 HORA FINAL: 15:00
ANESTESIA: SEDAÇÃO/BLOQUEIO

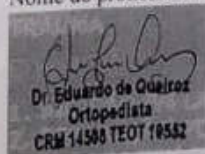
ATO OPERATÓRIO

PROGNÓSTICO PÉSSIMO GRANDE CHANCE DE PERDA DE ADM, NECROSE E ARTROSE SECUNDARIO AO TRAUMA

1. INCISÃO EM LAZY-S CENTRADO EM POLO PROXIMAL DO ESCAFOIDE DE APX 5 CM
2. SEPARAÇÃO POR PLANOS
3. ABORDAGEM INTERPLANOS 3º E 4º TUNEIS
4. CAPSULOTOMIA EM L
5. OBSERVAÇÃO DE FRATURA DE ESCAFOIDE DE ALTÍSSIMA GRAVIDADE DE POLO PROXIMAL
6. RETIRADA DE FRAGMENTOS CONDRAIS LIVRES
7. REDUÇÃO DE FRATURA
8. PASSAGEM DE BROCA 2.0 APOS FIO GUIA POR ESCOPIA
9. MEDIÇÃO DE PARAFUSO DE HERBERT APX 18MM
10. PASSAGEM DE BROCA 2.7 PARA ENTRADA EM ESCAFOIDE
11. PASSAGEM DE PARAFUSO AUTOCOMPRESSIVO
12. CHECAGEM SOB ESCOPIA
13. LIMPEZA COM SF0,9%

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: EDUARDO JOSÉ FARIAS DE QUEIROZ. CRM: 14508. Data e Hora: 15/05/2019 14:38:14.



Dr. Eduardo de Queiroz
Ortopedista
CRM 14508 TEOT 10562





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

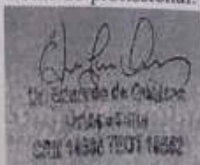
Registro: 640063 Prontuário: 1171165 Data de Nascimento: 28/04/95 Idade: 24 ANO(S)
Nome do Paciente: **WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: ANA PATRICIA PEREIRA DE OLIVEIRA
CPF: 10362709475

Data: 15/05/2019

- 14. CAPSULOTOMIA COM NYLON
- 15. SUTURA POR PLANOS
- 16. CURATIVO
- 17. ORTESE LUVA

Dr. EDUARDO JOSÉ FARIAS DE QUEIROZ
CRM: 14508

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: EDUARDO JOSÉ FARIAS DE QUEIROZ. CRM: 14508. Data e Hora: 15/05/2019 14:38:14.



Scanned with CamScanner





Nome: 467449-WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES
Idade: 24a 1m Nascimento: 10/04/1995
Sexo: Contatos:
MASCULINO 81 - 98524588 / -
Mãe: ANA PATRICIA PEREIRA DE OLIVEIRA
Endereço: RUA ARGERITA, 50 - ALTO SANTA TEREZINHA - RECIFE/ PE - CEP: 52211153

Data do Atendimento: 04/05/2019
Prontuário: 00467449
Nº Atendimento: 01297830
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MARIANA MELO CRM: Nº 24973

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO APÓS COLISÃO HA APROXIMADAMENTE 7 HORAS. REFERE DOR EM PUNHO DIREITO. NEGA ALERGIAS.

RX: FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO

EXAME FÍSICO:

ADM DOLOROSO, PORÉM PRESERVADO. NV PRESERVADO. EDEMA (1/4+). SEM FLOGOSE, DEFORMIDADE, EQUIMOSE OU LESÃO CUTÂNEA.

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO

Assinatura
JPA - ANA MARIA DA SILVA
Coord. Médica
CRM: 11727

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609

Scanned with CamScanner





Nome: 467449-WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES Idade: 24a 1m Nascimento: 10/04/1995

Sexo: Contatos: MASCULINO 81 - 98524588 / -

Mãe: ANA PATRICIA PEREIRA DE OLIVEIRA Endereço: RUA ARGERITA, 50 - ALTO SANTA TEREZINHA - RECIFE/ PE - CEP: 52211153

Data do Atendimento: 06/05/2019

Prontuário: 00467449

Nº Atendimento: 01298513

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

Paciente segue no aguardo para transferência.

FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609

Scanned with CamScanner





Nome: 467449-WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES Idade: 24a 1m Nascimento: 10/04/1995

Sexo: MASCULINO Contatos: 81 - 98524588 / -

Mãe: ANA PATRICIA PEREIRA DE OLIVEIRA Endereço: RUA ARGERITA, 50 - ALTO SANTA TEREZINHA - RECIFE/ PE - CEP: 52211153

Data do Atendimento: 04/05/2019

Prontuário: 00467449

Nº Atendimento: 01297830

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARIANA MELO CRM: Nº 24973

Conduta:

ITALA LUVA COM EXTENSÃO PARA ESCAFOIDE.
AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Over
UPA CAXANGÁ
Dr. Audrey Maria de Jesus
CRM: 17245

MARIANA MELO CRM: Nº 24973

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA





Nome: 467449-WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES Idade: 24a 1m Nascimento: 10/04/1995

Sexo: Contatos: MASCULINO 81 - 98524588 / -

Mãe: ANA PATRICIA PEREIRA DE OLIVEIRA Endereço: RUA ARGERITA, 50 - ALTO SANTA TEREZINHA - RECIFE/ PE - CEP: 52211153

Data do Atendimento: 04/05/2019

Prontuário: 00467449

Nº Atendimento: 01297830

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARIANA MELO CRM: Nº 24973

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SÁBADO, 04 DE MAIO DE 2019

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE:

SENHA:

QP:

PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO APÓS COLISÃO HA APROXIMADAMENTE 7 HORAS. REFERE DOR EM PUNHO DIREITO. NEGA ALERGIAS.

RX: FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO, em: 04/05/19 15:07

EVOLUÇÃO:

MEDICO: MARIANA MELO CRM: Nº 24973
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 /CGC: 9767633000609

Scanned with CamScanner





Nome: 467449-WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES Idade: 24a 1m Nascimento: 10/04/1995

Sexo: Contatos: MASCULINO 81 - 98524588 / -

Mãe: ANA PATRIACIA PEREIRA DE OLIVEIRA Endereço: RUA ARGERITA, 50 - ALTO SANTA TEREZINHA - RECIFE/ PE - CEP: 52211153

Data do Atendimento: 04/05/2019

Prontuário: 00467449

Nº Atendimento: 01297830

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARIANA MELO CRM: Nº 24973

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO, em: 04/05/19 15:07

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

TALA LUVA COM EXTENSÃO PARA ESCAFOIDE.
ANALGESIA.
AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
SENHA: 5676719

MÉDICO: MARIANA MELO CRM: Nº 24973

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-05-04 12:20:39

Nome Paciente: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES
Cód. Paciente: 467449
Data de Nascimento: 10/04/1995
Sexo: Masculino
Idade: 24
Senha: OR0031
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 1297830
SAME:



Período: 2019-05-04 12:20:39 - 2019-05-04 12:53:21

Prioridade: **NÃO URGENTE**

Cor: VERDE

Queixa Principal: RELATO DE QUEDA DE MOTO HOJE, DOR EM MSD

Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE

Discriminador(es): - SEM PERDA DA FUNÇÃO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 151.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 35.80 C°

Acolhido(a) por: ANA CAROLINA AMORIM DE LIMA - COREN: 502206 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-05-31 14:49:00

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:47:52
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110475250500000056280633>
Número do documento: 20013110475250500000056280633

Num. 57216498 - Pág. 16



Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1222068962

NOME

WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

8876321 SDS PE

CPF

103.627.094-75

DATA NASCIMENTO

28/04/1995

FILIAÇÃO

WALDSON FERNANDES DA
SILVA

ANA PATRICIA PEREIRA
DE OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

06312510862

VALIDADE

31/10/2019

1ª HABILITAÇÃO

03/03/2015

OBSERVAÇÕES

sem observações

Wesley Rodrigo de O. Fernandes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

17/03/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

87883725146

PE072006234

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

THOMAS GREG & SONS

PROIBIDO PLASTIFICAR

1222068962

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190651760 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P3,5,7,8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO DIREITA.

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 RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190651760 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P3,5,7,8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO DIREITA.

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 RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410945/19

Vítima: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNAN

CPF: 103.627.094-75

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 04/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES : 103.627.094-75

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: 21/11/2019
Nome: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES
CPF: 103.627.094-75

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES

MARIA ERICA ARAUJO COELHO





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

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651760

Vítima: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA 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 15166695





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: 3190651760

Vítima: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA 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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000048

Conta: 000000030011-3

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.

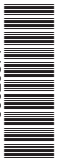
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01753/01754 - carta_30 - INVALIDEZ

00020877



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 103.627.094-75 4 - Nome completo da vítima: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES

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

5 - Nome completo: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES 6 - CPF: 103.627.094-75
7 - Profissão: VENDEDOR 8 - Endereço: RUA ARGENTITA 9 - Número: 05 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: ALTO STA. TEREZINHA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52211-153
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 58852-4588

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0048 CONTA: 00030011 3
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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 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 (pai nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, RECIFE, 20 DE NOVEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Wesley Rodrigo de O. Fernandes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA - DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0106001719

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/06/2019 às 12:24

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 4/6/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PROFESSOR JOSE DOS ANJOS, 1 - Bairro: ARRUDA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

EWSCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES**



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

WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA PATRICIA FERREIRA DE OLIVEIRA **Pol: WALDSON FERNANDES DA SILVA** **Data de Nascimento: 28/04/1995** **Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: RUA ARGENTA, 50 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO SANTA TEREZINHA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

EWSCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES**
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO **Objeto apreendido: NÃO**
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDV8391 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2017 **Combustível: ALCOOL/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA DESTA BOE, QUE QUANDO TRAFEGAVA PELA AVENIDA PROFESSOR JOSE DOS ANJOS NO BAIRRO DO ARRUDA PELA MANHÃ, AO DAR PARTIDA, POIS TAVA PARADO NO SINAL, FOI ATROPELADO POR UM DESCONHECIDO, QUE DE IMEDIATO O AJUDOU, LEVANTANDO A MOTOCICLETA DELE, QUE A PRINCÍPIO ACHOU QUE

Scanned with CamScanner



NÃO PRECISARIA DE SOCORRO, QUE O DESCONHECIDO FOI EMBORA, QUE POUCO TEMPO APÓS SENTIR DORES PERSISTENTEMENTE, DIRIGIU-SE A UPA DA CAXANGÁ, QUE LÁ FAZENDO RAIO X DESCOBRIU QUE ESTAVA COM UMA FRATURA NO PUNHO, QUE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA, FICANDO 12 DIAS HOSPITALIZADO, SENDO 6 DIAS NA UPA DA CAXANGÁ E 6 DIAS NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA.

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

Wesley Rodrigo de O. Fernandes
WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **VALERIA DANTAS PONTES** - Matrícula: 208583-6



Scanned with CamScanner



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 103.627.094-75 4 - Nome completo da vítima: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES

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

5 - Nome completo: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES 6 - CPF: 103.627.094-75
7 - Profissão: VENDEDOR 8 - Endereço: RUA ARGENTITA 9 - Número: 05 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: ALTO STA. TEREZINHA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52211-153
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 58852-4588

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0048 CONTA: 00030011 3 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 tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (pai nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, RECIFE, 20 DE NOVEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Wesley Rodrigo de O. Fernandes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

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:	945,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000030011-3

Nr. da Autenticação 33DE23DC4912B4FB



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/06
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 014
Ouvidoria 0800 282 559
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegado
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167
Ligação Gratuita de Telefones Fixo
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!

LUCILA LOURENCO DA SILVA

DATA DE VENCIMENTO

04/11/2016

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

06/09/2016

CONTA CONTRATO

0077425012

ENDEREÇO

RUA ARGERITA 5 -ALTO STA
TEREZINHA/RECIFE -52211-153
RECIFE PE -

TOTAL A PAGAR

R\$ 3.913,26

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/09/2016

NÚMERO DA NOTA FISCAL

000616466

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO

CONSUMO

5282

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 951,87

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

0077425012

MÊS/ANO

07/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 3.913,26

VENCIMENTO

04/11/2016

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitura ótica.

838400000291 132600110006 077425012105 047409142731



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 10:47:52
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110475250500000056280633>
 Número do documento: 20013110475250500000056280633

Num. 57216498 - Pág. 31