



03/02/2020

Número: **0089134-40.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                    |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                           |                |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------|
| SONIA MARIA PINHEIRO (AUTOR)                              |                    | VANESSA ANDRADE DA SILVA (ADVOGADO)<br>Adelson José da Silva (ADVOGADO) |                |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO<br>DPVAT SA (RÉU) |                    |                                                                         |                |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)                      |                    |                                                                         |                |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO<br>(PERITO)       |                    |                                                                         |                |
| Documentos                                                |                    |                                                                         |                |
| Id.                                                       | Data da Assinatura | Documento                                                               | Tipo           |
| 57283<br>208                                              | 03/02/2020 08:52   | <a href="#">2689485_CONTESTACAO_01</a>                                  | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 33ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00891344020198172001

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

**CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SONIA MARIA PINHEIRO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

#### BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **08/03/2019**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 31/05/2019.**

Cumprе 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/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

#### **DA NECESSIDADE DA PROCURAÇÃO SER OUTORGADA POR INSTRUMENTO PÚBLICO**

É cediço que nas procurações em que o outorgante é analfabeto não comporta a outorga via instrumento particular<sup>3</sup>, mas tão somente por instrumento público, conforme interpretação a contrário sensu do art. 654 do Código Material Civil.

Ocorre que, *in casu*, na procuração juntada aos autos, a outorga tem sido feita por instrumento particular, não obstante a parte autora não conseguir assinar seu nome, conforme exigência daquele dispositivo legal.

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

<sup>3</sup>"Acidente de Veículo. Responsabilidade extracontratual. Solidariedade. Não Reconhecimento. Ilegitimidade passiva ad causam. Extinção do processo sem resolução de mérito. Impertinente a inclusão no pólo passivo da ação da empresa contratante de serviços de distribuição por ato ilícito praticado por empregado, serviços ou prepostos do agente, diante da ausência de solidariedade prevista em lei ou no contrato. Ação. Analfabeto. Procuração. Instrumento Público. Necessidade. Em se tratando de analfabeto, é obrigatória a procuração por instrumento público. (TJSP – Agravo de Instrumento nº 990.10.453486-0 – Praia Grande – 27ª Câmara de Direito Privado – Rel. Des. Gilberto Leme – Julgado em 07.12.2010) (...) No que tange à regularização processual, anote-se que, em se tratando de analfabeta, a validade do mandato judicial é condicionada à existência de instrumento público, para que se demonstre a efetiva outorga de poderes para a representação em juízo (CC, art. 654). Arnoldo Rizzardo assevera que o analfabeto, "por não possuir firma, e, em decorrência, não assinar, o que torna impossível comprovar lhe pertencem os dizeres lançados no instrumento, a forma pública é imprescindível" (op. cit. 687). Arnoldo Wald enuncia que "O analfabeto só pode dar procuração por instrumento público." (Obrigações e Contratos, 13a ed., São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, p. 452). Ao tratar desse tema, Humberto Theodoro Júnior leciona que: "O instrumento público só é obrigatório para os analfabetos ou os que não tenham condições de assinar o nome." (Curso de Direito Processual Civil, vol. I, Forense, 2009, RJ, pág. 102)."



Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte autora para sanar o vício contido no documento acostado no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a procuração outorgada é eivada de vício não produzindo, assim, nenhum efeito legal<sup>4</sup>.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

### **DO MÉRITO**

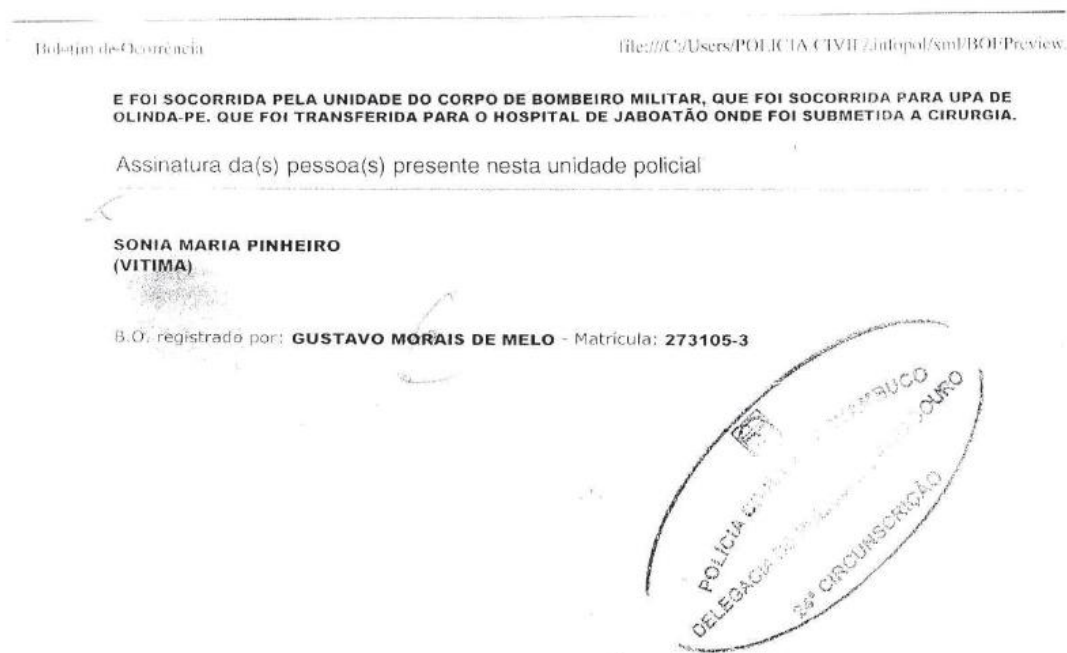
#### **DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA**

#### **DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

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

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Importante esclarecer que no boletim de ocorrência apresentado não consta a assinatura da parte autora, comunicante:



<sup>4</sup> Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, Apelação Cível nº [2009.001.20283], 10ª Câmara Civil, Julgamento: 30/06/2009. "Apelação Cível. Ação declaratória de inexistência de débito. Tarifa de esgoto. Autor-apelante que apresenta procuração sem assinatura, tendo lançado mera impressão de digital em instrumento particular de mandato. Mandatário analfabeto que deve outorgar poderes em instrumento público, conforme exegese dos arts. 215, § 2º do Código Civil e 366 do Código de Processo Civil. Inércia injustificada após concessão de prazo para a regularização. Atos processuais inexistentes. Inteligência do arts. 13, inciso I, c/c 37, caput e § único e 38, todos do C.P.C. Recurso do qual não se conhece."



Portanto, para que não pairasse qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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

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

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

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

#### **DO 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:

---

<sup>5</sup>“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)



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190497938 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO Data do acidente: 08/03/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019  
Valoração do IML: 0  
Perícia médica: Sim  
Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.  
FRATURA NO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.  
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MÃO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11  
ALTA.  
Sequelae permanentes:  
Sequelae:  
Documento/Motivo:  
Nome do documento  
faltante:  
Apontamento do Laudo  
do IML:  
Conduta mantida:  
Quantificação das  
sequelae:  
Documentos  
complementares:  
Observações: \* SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES,  
INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR  
PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO  
PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                   | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos<br>punhos | 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:

*"(...) 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, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para

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



inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

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

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

### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 08/03/2019. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão 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: | 11/12/2019 |
| NUMERO DO DOCUMENTO:   |            |
| VALOR TOTAL:           | 1.687,50   |

---

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SONIA MARIA PINHEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000986391899-2

---

Nr. da Autenticação 2045194A349994AF

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 parciais<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> 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

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



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 STJ<sup>7</sup>.

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)**.

#### **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 citação<sup>8</sup>.

---

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.

<sup>7</sup> **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.”

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



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 ação<sup>9</sup>

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

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 Sumula 474 do STJ.**

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

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

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

<sup>9</sup> art. 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, 27 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



### **QUESITOS DA RÉ**

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



### TABELA DE GRADAÇÃO

| Danos Corporais Previstos na Lei                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Total (100%)  | Intensa (75%) | Média (50%)  | Leve (25%)   | Residual (10%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|----------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00   |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                                                                 |               |               |              |              |                |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                                                                            |               |               |              |              |                |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                  |               |               |              |              |                |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | R\$ 9.450,00  | R\$ 7.087,50  | R\$ 4.725,00 | R\$ 2.362,50 | R\$ 945,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                             |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                  |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 6.750,00  | R\$ 5.062,50  | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.687,50 | R\$ 675,00     |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                                                                                                                                                                                |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                      | R\$ 3.375,00  | R\$ 2.531,25  | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75   | R\$ 337,50     |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                       |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                                                                                                                                                                       |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 1.350,00  | R\$ 1.012,50  | R\$ 675,00   | R\$ 337,50   | R\$ 135,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                                |               |               |              |              |                |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **SONIA MARIA PINHEIRO**, em curso perante a **33ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00891344020198172001.

Rio de Janeiro, 27 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Número: **0089134-40.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                           |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| SONIA MARIA PINHEIRO (AUTOR)                           |                    | VANESSA ANDRADE DA SILVA (ADVOGADO)<br>Adelson José da Silva (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    |                                                                         |                    |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)                   |                    |                                                                         |                    |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)       |                    |                                                                         |                    |
| Documentos                                             |                    |                                                                         |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                                               | Tipo               |
| 57283209                                               | 03/02/2020 08:52   | <a href="#">ANEXO</a>                                                   | Outros (Documento) |

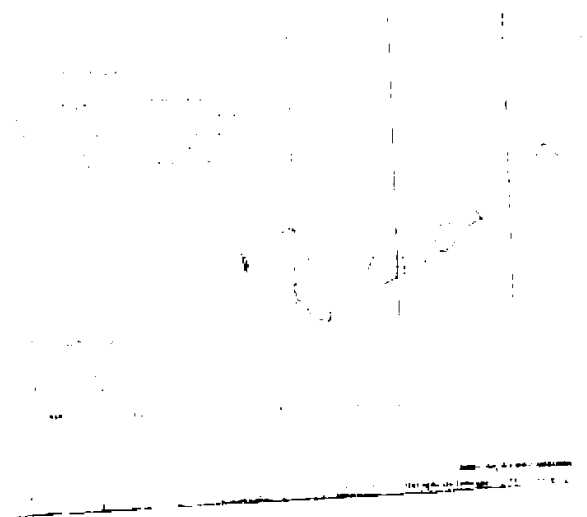
14/08/2019

14/08/2019

14/08/2019

1027954296 08/2019  
14/08/2019 09/07/2019

181.49



**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 024 204 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e emitir pareceres sobre denúncias ou solicitações de informações e fiscalizar as atividades das instituições financeiras sujeitas ao controle e à fiscalização do COAF.

Pelo exposto, eu Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior inscrito (a) no CPF 045 880 264 / 13 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sonia Maria Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o nº 031386 244 / 30 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Sonia Maria Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o nº 031386 244 / 30, 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 Líder- DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

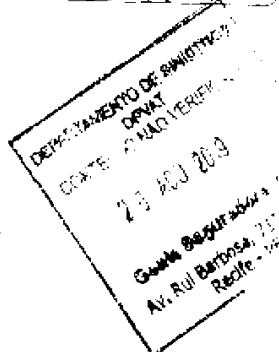
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Av. Euclides Zeryper Número: 624 Complemento: AP 201  
Bairro: Jd. Atlântica Cidade: Olinda Estado: PE CEP: 53140060  
Telefone comercial (DDD) 30123030 Telefone celular (DDD) 988271879

Olinda 19 de Julho de 19

Local e Data

Assinatura do Representante



DLDR 001 V01/2017



Registro: 1432345

Hora: 08/03/2019 11:29

Senha da Classificação: 0182

Nome: 322636 SONIA MARIA PINHEIRO

Sexo: FEMININO

Estado Social:

Data de Nascimento: 24/06/1968 Idade: 50 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: EUNICE MARIA PINHEIRO Nome do Pai: NAO DECLARADO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Nome do Pai: CASSIMIRO DE ABREU

55

Bairro: BULTRINS

UF: OLINDA

PE

Cep: 53320270

Usuário Atendimento: DAYANNELS

Identidade):

Data de Emissão:

Fone: 31844303

(Cadastro de Pessoa Física):

Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Exatidão Principal

Exatidão Física

Exatidão Diagnóstico

Exatidão Terapêutica

Exatidão Médica

Exatidão Referido:

Encaminhado ao Ambulatório

Residência

Senha: \_\_\_\_\_

**UPA OLINDA**

Dr. Denton Martins Filho

Trabalha / Ortopedista

CRM 9336

Carimbo Médico

**IMOBILIZAÇÃO**

HMA.

567 67 17



1432345

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CÓPIA  
CONTEÚDO VERIFICADO  
25 AOU 2019

Carimbo Digital  
Rua Barbosa  
Bairro de

hora retirada da senha: 08/03/2019 11:26

Nome Paciente: SONIA MARIA PINHEIRO  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento:  
Sexo: Feminino  
Idade: 58  
Senha: 0182  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

do: 08/03/2019 11:27 - 08/03/2019 11:28

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

idade: [REDACTED]  
[REDACTED] AMARELO  
a Principal: TRAZIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS COM HISTORIA DE ATROPELAMENTO, REFERE  
DOR EM MSD  
rvação: NG ALERGIA  
grama sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS  
iminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS  
cialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/03/2019 11:28

ema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Imagem: 1432995

Hora: 09/03/2019 17:26

SANTA AMARILHA

Senha da Classificação:

Idade: 322636 SONIA MARIA PINHEIRO

Sexo: FEMININO

Estado Social:

Data de Nascimento: 24/08/1988 Idade: 50 anos Convênio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Mãe: EUNICE MARIA PINHEIRO

Nome do Pai: NAO DECLARADO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: CASSIMIRO DE ABREU

55

Bairro: BULTRINS

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53320270

Usuário Atendimento: WAGNERFB

Identidade):

Data de Emissão:

(Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 31844303

(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

### RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Exatidão Principal

Exatidão Física

Exatidão Diagnóstico

Exatidão Terapêutica

Exatidão Médica

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Assinatura:

Senha: \_\_\_\_\_

Carimbo/Médico



1432995



# UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo  
Data e hora retirada da se

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente: SONIA MARIA PINHEIRO  
Cód. Paciente: 322636  
Data de Nascimento: 24/06/1968  
Sexo: Feminino  
Idade: 50  
Senha: 0253  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 09/03/2019 17:09 - 09/03/2019 17:09

FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES - COREN: 343138 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

Queixa Principal:

Observação:

Fl - grama sintoma:

D - iminador(es):

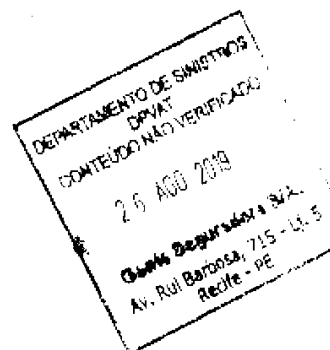
E - cialidade:

TRAUMA EM MSD

RENOVACAO

TRAUMA

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES - COREN: 343138 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/03/2019 17:09

ama de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA

GREGÓRIO BEZERRA

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DA FICHA DE ATENDIMENTO

Eu Sônia Maria Pinheiro

(estado civil) solteira, RG de nº 8.522.285, residente

na: Bonsucesso, base da

criança, Fone: 983.05.7903

Data de Nascimento: 24/06/1968

Solicito uma cópia da ficha de atendimento do dia 08 de março de 2019

na especialidade de: Ortopedia

Nesta unidade de pronto atendimento,

L  ente

Olinda, 20 de março de 2019

00137-01



### Encaminhamento Para Retorno Pós-Cirúrgico

Nome: SONIA MARIA PINHEIRO

Atendimento: 214355

Idade: 50 Anos, 10 Meses e 14 Dias

Prontuário: 764671

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Sexo: Feminino

Médico: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

Data: 03/07/2019

Hora: 07:00

**Liberar a entrada ao ambulatório de pacientes cirúrgicos e pós-operatórios,  
mediante a apresentação desse encaminhamento ambulatorial.**

Procedimento a ser realizado:

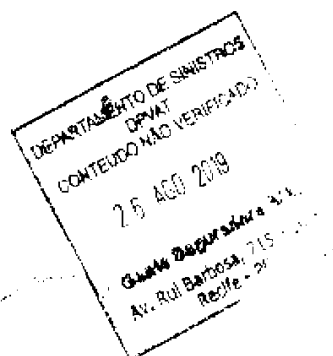
RAIOS X MÃO OU QUERODACTILO - DIREITA

Obs: O Paciente deverá comparecer ao ambulatório  
para marcar a consulta.

JABOATÃO DOS GUARARAPES - 03 DE MAIO DE 2019

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550



## RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: SONIA MARIA PINHEIRO

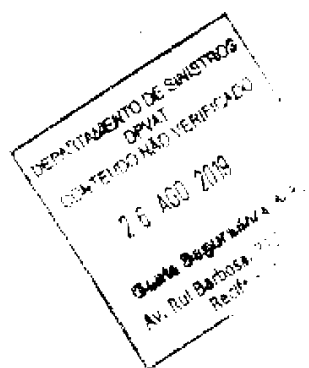
USO ORAL

1. DIFENONA 50mg ..... 20 COMPRIMIDOS  
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR  
(175) ..... (216)
2. METAMIZOL 500mg ..... 45 COMPRIMIDOS  
TOMAR 01 COMPRIMIDO 1 VEZ AO DIA POR 45 DIAS
3. CEFALOXINA 500mg ..... 25 COMPRIMIDOS  
TOMAR 01 COMPRIMIDO 6H HORAS POR 7 DIAS

DATA: 14/03/2019

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
CRM: 10.123/456789

ASSINATURA E CARIMBO



Av. General Manoel Raposo - 1.9126 - Centro - Jaboatão d. L. Guararapes - CEP: 54160-100  
TELEFONE: 3462-9588 - [www.hmjpe.org](http://www.hmjpe.org)



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO  
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

**PACIENTE:** SONIA MARIA PINHEIRO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) PACIENTE ACIMA CITADO(A) ESTEVE INTERNO(A) EM NÚMERO SERVIÇO ONCOLOGIA POR PERÍODO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO RELEVANDO ALTA HOSPITALAR COM MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) PACIENTE ACIMA CITADO(A) NECESITA DE AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 09 (NOVENA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AVALIADOR DE ORTOFEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MUNICIPAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO AO DIA HORARIO MARCADO ABAIXO

CID-10: S52.1 - FRACTURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

DATA DE INTERNAMENTO: 09/03/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 13/03/2019

DATA DE ALTA: 14/03/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 27/03/2019

HORÁRIO: 07:00

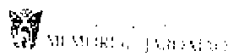
MÉDICO ASSISTENTE: DR. CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

*Dr. Antônio Rocha Candido Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
2019.03.14*

JABOATÃO DOS GUARARAPES - 14 DE MARÇO DE 2019

MÉDICO: MARIA APARECIDA LAURIANO DE LIRA





Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 202928

Nascimento: 24/06/1968

Responsável:

Prontuário: 764571

Sexo: Feminino

Nome: SONIA MARIA PINHEIRO

Data e Hora do Atendimento: 09-03/19 20:05:10

Idade: 50 Anos, 8 Meses e 13 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF: 03138624430

Identidade: 8522265

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 704005828536866

Nome da Mãe: EUNICE MARIA PINHEIRO

Nome do Pai:

Endereço: RUA CHUI, BULTRINS, CEP: 53320270, Nº 55, OLINDA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 14 - LEITO 03

Médico: MILENA NOVAIS TORRES ALVES - CRM: 27374

CID:

ISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

PACIENTE COM DOR E TORTUOSIDADE EM MSD APÓS TRAUMA HÁ 2DIAS.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

HAS+ DM- FAZ USO DE LOSARTANA 12/12H E HCTZ

NEGA ALERGIAS

EXAME FÍSICO GERAL:

EGREGO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR EM 2T BNF SS

AP - RESPIRATORIO:

MV+ EM AHT S/ RA

ABDOMEN:

FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INCOLOR

P - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

EXTREMIDADES SEM EDEMAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO 2- HAS

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

16-03-19

HORA DE SAÍDA:

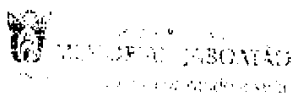
Milena Novais Alves  
Médica

MILENA NOVAIS TORRES ALVES - CRM: 27374

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org





Usuário: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

Data: 08/03/2019 10:40:41

Hora: 10:40

### Sumário de Admissão e Alta

Nome: SONIA MARIA PINHEIRO

Prontuário: 764671

Atendimento: 202928

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 14 - LEITO 03

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DO RADIO DISTAL

CID: S525

Procedimento Solicitado: 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408020377 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS

04/03/2019

0408020407 -> Fract. fechada distal

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos

06. Anestesiista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança do Procedimento

☐ Diária de UTI

☐ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti -- Bb

☐ Uso de Prótese Órtese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Diagnóstico Secundário: S623 - FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

Motivo da Alta: alta com retorno

Data de Internação: 08/03/2019

Data da Alta: 14-03-19

Dias de Hospitalização:

dia (s).

FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

CRM: 25489

Francisco D. Borborema  
Médico  
CRM-PB 25489

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.nm.jpe.org



## Relatório Geral de Cirurgias

Nome: SONIA MARIA PINHEIRO

Prontuário: 764671

Atendimento: 202928

Unidade de Internação / Leito: ENF 14 - LEITO 03

Sexo: Feminino

Idade: 50 Anos, 8 Meses e 17 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO  
0408020377 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS

Data: 13/03/2019

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

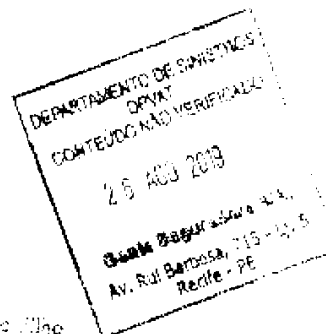
Anestesiá:

06. Anestesiá: BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

07. Anestesiá: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

### Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO  
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA  
APOSICAO DE CAMPOS ESTÉREIS  
REDUÇÃO DAS FRATURAS O MAIS ANATOMICO POSSIVEL  
FIXAÇÃO DE FRATURA EM RADIO DISTAL DE 03 FIOS DE KIRSCHNER 2,0 CRUZADOS  
FIXAÇÃO DE FRATURA EM 5º METACARPO COM DOIS FIOS CRUZADOS DE KIRSCHNER 1,5 CRUZADO  
CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGEIS  
CURATIVO  
IMOBILIZAÇÃO COM TALA GARRAFA GESSADA



Dr. Carlos Antônio Rocha Candido Filho  
Ortopedista - Cirurgião de Mão  
CPE 038.159.474-50  
CRM-PE 6940 - TEOT 13123  
CUIA-PE 16336

FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

CRM: 25489

Francisco Diniz Borborema  
CRM: 25489



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo

GESTÃO DE PESSOAS

Cópia

Revisão

FAT. SAM. 07

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Sônia Maria Pinheiro

REGISTRO: 767671 DATA DE NASCIMENTO: 24/06/1928

RG: 8.522.285 ORGÃO EMISSOR: SDS/PE

ENDEREÇO: Rua 1 nº 55 Bairro Sussuã Alameda

NOME DA MÃE: Eunice Maria Pinheiro

DATA ADMISSÃO: 04/03/2019 DATA ALTA: 14/03/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 13/03/2019 CID: S52.5 + S62.3

DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Distal

do Rádio Direito + Fratura de Metacarpo

Tratamento Cirúrgico de Fratura

da Extremidade/metáfase Distal dos ossos do

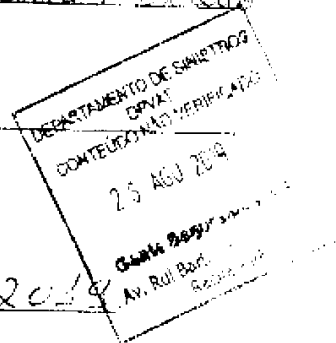
Antebraço Direito + Tratamento Cirúrgico de

Fratura/Lesão Base dos metacarpianos Direito

MÉDICO: Carlos Candido

CREMEPE: 18536

JABOATÃO DOS GURARAPES, 27 DE março DE 2019



Dr. Carlos Cândido Filho  
ORTOPEDIA - CIRURGIA DO JOELHO  
CRM-PE 6041 - TEL: 3305 - CRM-PE 3336  
CPF: 893.59.474-50

MÉDICO

## FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

FAT.SAM 01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Sania Márcia Pinheiro

REGISTRO: 764671 DATA DE NASCIMENTO: 24/06/1968

RG: 8.522.285 ÓRGÃO EMISSOR: SDS/PE

ENDEREÇO: Rua 1 nº 55 Bani Sucesso Alinda

NOME DA MÃE: Eunice Maria Pinheiro

DATA ADMISSÃO: 09/03/2019 DATA ALTA: 14/03/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 13/03/2019 CID: S52.5 + S62.3

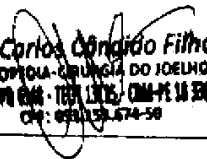
DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Distal do Rádio Direito + Fratura de Metacarpo

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura da Extremidade/metáfise Distal dos ossos da Antebraço Direito + Tratamento Cirúrgico de Fratura/Lesão Fissura dos metacarpianos Direito

MÉDICO: Carlos Candido

CREMEPE: 18336

JABOATÃO DOS GUARAPES, 27 DE março DE 2019.

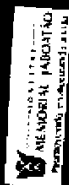
  
Dr. Carlos Candido Filho  
ORTOPEDIA - CIRURGIA DO JOELHO  
CRM-PE 888 - RUA 1375 - CASA 18 206  
CEP: 54135-574-58

MÉDICO



Hora de aquis  
Índice de

Data de nascimento: 24/06/1968  
ID: 764671



dir.

MAO  
P

Nº: 4095, L: 2048  
D de técnico: radiologia

13cm



IA PINHEIRO,  
o  
cumento: 24/06/1968

Data de aquis.: 24/04/2019  
Hora de aquis.: 08:09:02  
Índice de exp.: 1398

14cm

10cm

Escala: 0.0

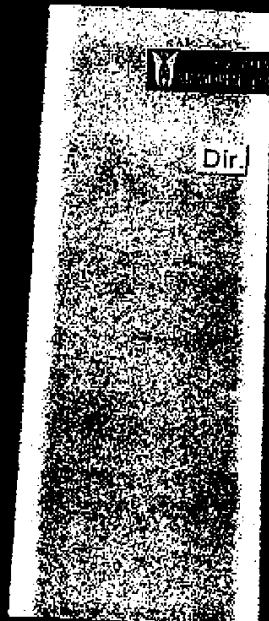
14cm

2048  
Admin



SONIA MARIA PINHEIRO,,  
Sex: Feminino  
Data de nascimento: 24/06/1968  
ID: 764671.....

Data de aquis.: 08/05/20  
Hora de aquis.: 08:2  
Índice de exp.: 12



MÃO  
AP  
W: 4096, L: 2048  
ID de técnico: admin

Escala: 0  
H

SONIA MARIA PINHEIRO,,  
Sex: Feminino  
Data de nascimento: 24/06/1968  
ID: 764671.....

Data de aquis.: 08/05/20  
Hora de aquis.: 08:19  
Índice de exp.: 12



Data de aquis.: 17/07/201  
Hora de aquis.: 07:33:1  
Índice de exp.: 203

Ham

HOSPITAL  
MEMORIAL JABOATÃO

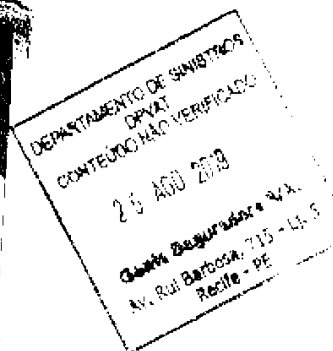
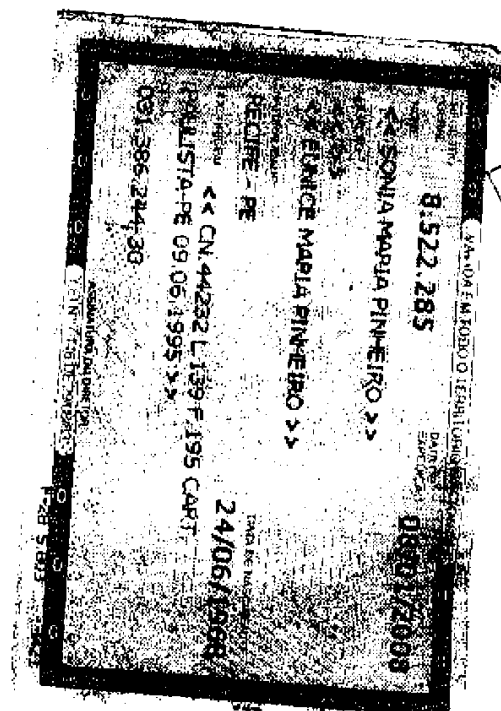
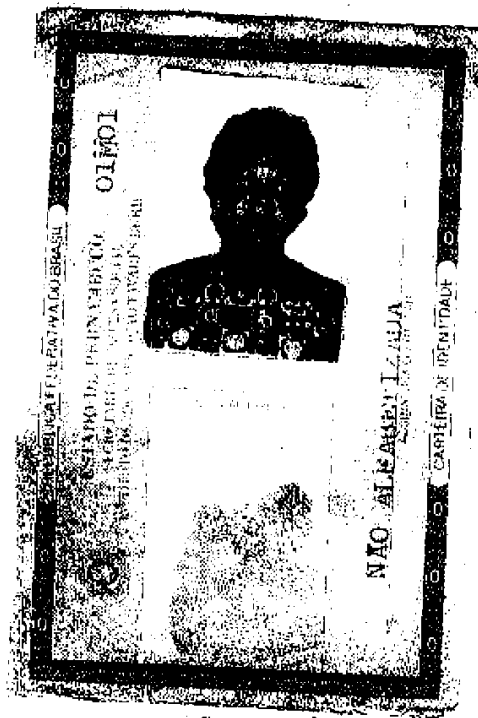
SONIA MARIA PINHEIRO,  
Sexo: Feminino  
Data de nascimento: 24/06/1968  
ID: 764671

DIF

DEPT. N.º 1  
CONTABILIDADE  
20 AÇO 2018  
Claudio Reginaldo S. A.  
Rua Barbosa, 710  
Recife - PE

2397, L. 2: 186  
de técnico: adriana





1487243120  
 VÍDEO DAS FOTOS  
 O REGISTRO NACIONAL

NOME: VANESSA ANDRADE DA SILVA  
 RG: 5291988, 9DS PE  
 CPF: 075.980.264-13 DATA NASCIMENTO: 23/03/1989  
 FILIAÇÃO: ADELSON JOSE DA SILVA  
 MAURICELIA ANDRADE DA SILVA  
 PERMISSÃO: 04341272380 VALIDEZ: 09/10/2022 HABILITAÇÃO: 17/04/2008  
 OBSERVAÇÕES: A

1487243120  
 PROIBIDO PLASTIFICAR

LOCAL: RECIFE, PE DATA EMISSÃO: 18/10/2017  
 Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
 Diretor Presidente  
 PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 26/10/2019  
 Assinado por: 723  
 Av. Rui Barbosa, 723  
 Recife - PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 08:52:00  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020308520020400000056345345>  
 Número do documento: 20020308520020400000056345345

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, SOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-002  
CNPJ 10.855.332/0001-06  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0915843-03



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118  
Atendimento ao cliente audilivo ou de fax: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5559  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-1157-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

OSIMAN ANDREWS BEZERRA MECIAS  
CPF: 041.200.574-08

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV. GOV. CARLOS DE LIMA CAVALCANTI 72 AP. 10

BULTRINOLINDA  
53053-200 OLINDA - PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

## DATA DE VENCIMENTO

14/12/2018

## TOTAL A PAGAR (R\$)

106,69

DATA EMISSÃO DA 1ª VIA FISCAL  
07/12/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO  
07/12/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL  
041400954

CONTA CONTRATO  
002332517018

Nº DO CLIENTE  
2000288424

Nº DA INSTALAÇÃO  
0002010430

## CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - COMERCIAL  
Monofásico

## RESERVAÇÃO AO FISCO

CE0A.E918.2188.7E76.47F5.2A30.E183.43FF

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO                              | QUANTIDADE | PREÇO      | VALOR (R\$) |
|----------------------------------------|------------|------------|-------------|
| Consumo Ativo(kWh)                     | 134,00     | 0,79076362 | 106,69      |
| Acrescimo Bandeira AMARELA             |            |            | 1,36        |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal       |            |            | 12,77       |
| ICMS Subvenção-DE-NF 000188753-35-0318 |            |            | 0,19        |
| ICMS Subvenção-DE-NF 033977061-04-0416 |            |            | 0,78        |
| TOTAL DA FATURA                        |            |            | 106,69      |

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS            |       | PIS              |                 | COFINS |                  |
|-----------------|-------|------------------|-----------------|--------|------------------|
| BASE DE CÁLCULO | %     | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %      | VALOR DO IMPOSTO |
| 82,05           | 24,00 | 19,29            | 82,95           | 0,78   | 0,78             |
|                 |       |                  | 92,95           | 3,61   | 3,35             |

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,92158100

## PERÍODO DO CONSUMO

| PERÍODO | kWh |
|---------|-----|
| DEZ 18  | 324 |
| NOV 18  | 111 |
| OUT 18  | 131 |
| SET 18  | 90  |
| AGO 18  | 565 |
| JUL 18  | 31  |
| JUN 18  | 178 |
| MAI 18  | 13  |
| ABR 18  | 108 |
| MAR 18  | 117 |
| FEV 18  | 98  |
| JAN 18  | 87  |
| DEZ 17  | 80  |

## COMPARAÇÃO DO CONSUMO

| PERÍODO            | CONSUMO | VARIAÇÃO |
|--------------------|---------|----------|
| Consumo de Energia | 20,00   | 0,15%    |
| Transmissão        | 4,15    | 4,30%    |
| Distribuição       | 26,85   | 21,68%   |
| Energia Elétrica   | 5,10    | 5,45%    |
| Perdas de Energia  | 0,35    | 0,07%    |
| TOTAL              | 32,35   | 100%     |

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIDOR | TPO DA FUNÇÃO | ENTRADA  | SAÍDA    | DATA     | VALOR   | UNIDADE |
|-------------------|---------------|----------|----------|----------|---------|---------|
| 0000000154146900  | CAT           | 06/12/18 | 07/12/18 | 07/12/18 | 1,00000 | kWh     |

DATA PRECISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/01/2019

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO                                     | CONJUNTO | VALOR | UNIDADE | DATA     | VALOR |
|-----------------------------------------------|----------|-------|---------|----------|-------|
| Duração de Interrupção sem Energia            | 0,00     | 4,00  | h       | 07/12/18 | 10,74 |
| Frequência de Interrupção sem Energia         | 0,00     | 3,00  | h       | 07/12/18 | 12,70 |
| Duração máxima de Interrupção contínua        | 0,00     | 2,00  | h       | 07/12/18 | 0,00  |
| Duração de Interrupção sem energia crítica    |          |       |         |          |       |
| Frequência de Interrupção sem energia crítica |          |       |         |          |       |
| Frequência de Interrupção sem energia crítica |          |       |         |          |       |

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague na ponta mais perto de você: terminal popular no bairro: avenida Chico Mendes na 108 bulhins i jr multisserviço: av. gov. carlos de lima cavalcanti bairro novolista completa em www.celpe.com.br. Na data da fatura a partir de 10/12/18 a Varda. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há via agda na contabilidade individual ou do nível da tensão de fornecimento. Pague em atraso para multa 2% (Res. 414/ANEEL), juros (Res. 414/ANEEL) e atualização monetária no próximo mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para o padrão de atendimento comercial.

## NÍVEL DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |
|--------------------|------------------------|
| 220                | 202 - 232              |

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

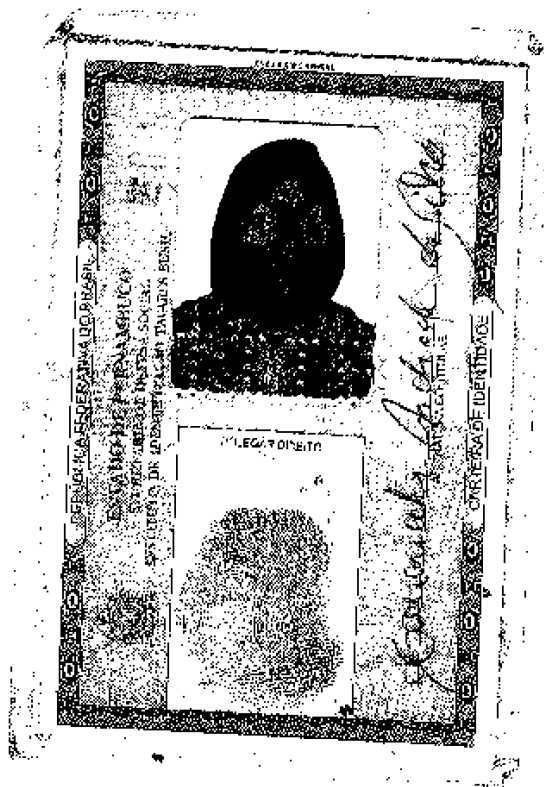
## DESTAQUE AG 1

| CONTA CONTRATO | MES/ANO | TOTAL A PAGAR (R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO                                                            |
|----------------|---------|---------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 002332517018   | 12/2018 | 106,69              | 14/12/2018 | Evite dobrar, perfurar ou rasurar.<br>Este cartão será usado em leitora ótica |

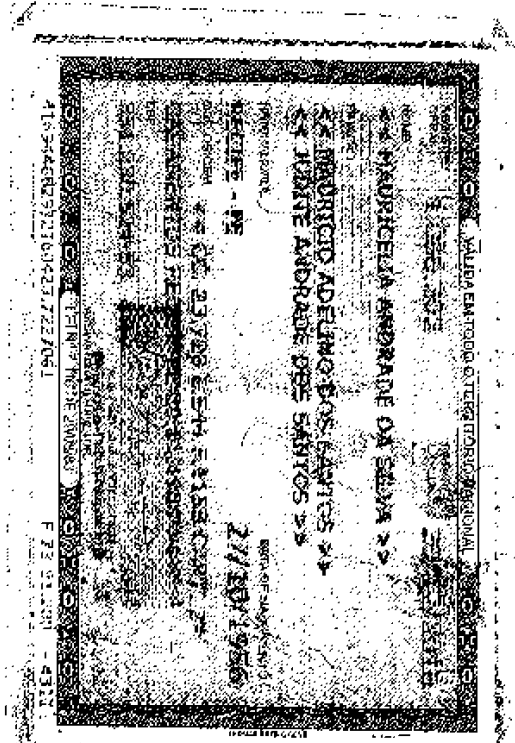
838200000010 086500110026 332517018109 151945632330



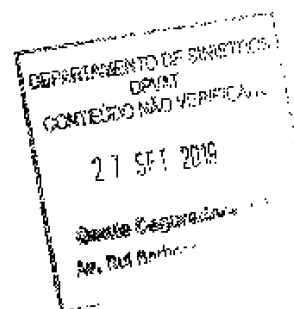
## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DEPARTAMENTO DE PASSAPORTS  
CONTENDO PASSAPORTE  
27 SET 2019  
Rua da Barba, 105 - 1º andar  
Rio de Janeiro - RJ







**Vencimento**  
**09/08/2019**

**A-Total (R\$)**  
**1.047,33**

**B - Pagamento**  
**Mínimo (R\$)**  
**200,00**

**BV MERECE**

**PAGUE ESTA FATURA E GANHE**  
**248 PONTOS NO BV MERECE**

**SALDO ANTERIOR DE PONTOS: 4,54**

Consulte o regime de pontos em [bv.mercedesbank.com.br](http://bv.mercedesbank.com.br)

**ATENÇÃO:** Este cartão é um instrumento de crédito, emitido para ser usado para pagar as despesas realizadas neste cartão. O titular deve pagar a fatura no prazo estabelecido para evitar a incidência de juros e multa por atraso. O valor da fatura é devido no dia 09/08/2019. O valor da fatura é de R\$ 1.047,33. O valor do pagamento mínimo é de R\$ 200,00. O valor do pagamento em parcelas é de R\$ 147,68. O valor do pagamento em parcelas é de R\$ 179,44. O valor do pagamento em parcelas é de R\$ 251,99. O valor do pagamento em parcelas é de R\$ 222,94. O valor do pagamento em parcelas é de R\$ 236,15. O valor do pagamento em parcelas é de R\$ 254,59. O valor do pagamento em parcelas é de R\$ 281,43.

**Quer parcelar a fatura deste mês?**

Parcela o valor de R\$ 1.047,33 em pagamentos fixos e ganhe tempo para organizar suas finanças.

**12x R\$ 147,68**  
Valor da parcela

**11x R\$ 147,68**  
Valor da parcela

**08x R\$ 179,44**  
Valor da parcela

**05x R\$ 251,99**  
Valor da parcela

**24x R\$ 222,94**  
Valor da parcela

**21x R\$ 236,15**  
Valor da parcela

**18x R\$ 254,59**  
Valor da parcela

**15x R\$ 281,43**  
Valor da parcela



**Para contratar um dos planos acima, efetue um único pagamento no valor exato da parcela desejada até 09/08/2019.**

As demais parcelas serão lançadas nas faturas seguintes. Os juros a serem cobrados já estão incluídos nos valores das parcelas. O ICJ será cobrado na próxima fatura. Caso pague um valor diferente dos planos ofertados, mas entre o valor da menor parcela apresentada acima e o pagamento mínimo, você estará contratando o Parcelamento Compulsório. Pagando um valor inferior à menor parcela ofertada aqui, o Pagamento Mínimo, será considerado atraso, sujeitando aos encargos previstos no Contrato.



**Neste mês você tem taxas reduzidas.**

**Banco Votorantim**

**65590.00002 00248.500068 22224.506000 1 00000000000000**

|                        |                                                                                                                      |                    |                   |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|
| Beneficiário/CNPJ      | BV Fintech SA CF - CNPJ 001.146.953/0001-99                                                                          | Nosso Número       | 02485000682224506 |
| Endereço/Cidade/UF/CEP | Avenida das Nações Unidas, nº 14.171, Tor e A, 9º andar - Condição R2 - Vila Gertrudes, Cep 04794-000 - São Paulo/SP | Data de Vencimento | 09/08/2019        |
| Nr. Documento          | 0523224506                                                                                                           | Valor Documento    | 1.047,33          |
| Pagador/CNPJ/CNPJ      | ADELSON JOSE DA SILVA                                                                                                |                    |                   |
| Endereço/Cidade/UF/CEP | CPR: 253.574.254-34<br>R DO LITOR MILTON PINA 901 AP 02 BULTRINS OLINDA - PE 53320-050                               |                    |                   |

**Banco Votorantim**

**65590.00002 00248.500068 22224.506000 1 00000000000000**

|                        |                                                                                                                      |                               |                    |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| Local do Pagamento     | Pagável em qualquer Banco                                                                                            | Data de Vencimento            | 09/08/2019         |
| Beneficiário/CNPJ      | BV Fintech SA CF - CNPJ 001.146.953/0001-99                                                                          | Agência / Código Beneficiário | 0301-9 / 1052477-1 |
| Endereço/Cidade/UF/CEP | Avenida das Nações Unidas, nº 14.171, Tor e A, 9º andar - Condição R2 - Vila Gertrudes, Cep 04794-000 - São Paulo/SP | Data de Processamento         | 09/08/2019         |
| Data do Documento      | Número do Documento<br>0523224506                                                                                    | Valor                         | 1.047,33           |
| Valor do Documento     | 253.574.254-34                                                                                                       | Valor Documento               | 1.047,33           |
| Valor do Banco         | Carteira<br>533                                                                                                      | Valor Cobrado                 | 1.047,33           |

**ADELSON JOSE DA SILVA**  
**R DOUTOR MILTON PINA 901 AP 02**  
**BULTRINS**  
**53320-050 OLINDA-PE**

**ACEITE**  
**SUA ASSINATURA**

**Instruções**

1. Preencha o campo "VALOR COBRADO" com o valor que está sendo pago.
2. Pague em qualquer banco, mesmo após o vencimento.
3. Em caso de atraso ou pagamento parcial, haverá incidência de juros e multa por atraso. Consulte a fatura para mais informações.
4. Parcelamento da fatura: pague o valor exato da parcela escolhida até a data de vencimento, em um único pagamento.
5. Vencimento alternativo: pague o valor exato de R\$ 1.080,32 até 16/08/2019 com um único pagamento.



Autenticação Mecânica

CPR: 253.574.254-34

FICHA DE COMPENSAÇÃO

001 03804

**INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** Sônia Maria Pinheiro, brasileiro  
(a), Viúva (estado civil), do lar (profissão), portador (a) da  
Cédula de Identidade RG nº 8.522.285, inscrito (a) no CPF/MF sob nº  
03138624430, residente e domiciliado (a) na Rua  
TV 1 da Saudade 460, nº 460, Bairro: Guadalupe,  
Cidade: Olinda, Estado: PE, CEP: 53240-940 que outorga os  
poderes constante nesta procuração.

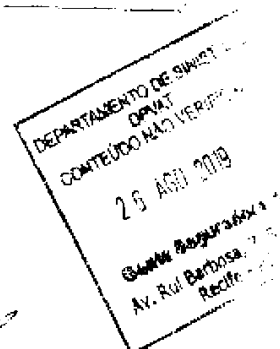
**OUTORGADOS:** **DRº ADELSON JOSÉ DA SILVA**, brasileiro, casado, inscrito na Ordem  
dos Advogados do Brasil sob o nº 25.645 - D, que também assina **DRª VANESSA  
ANDRADE DA SILVA**, brasileira, casada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob  
o nº 33.821 - D, a quem substabelecer, ambos com endereço profissional à Av. Chico  
Science, Nº 72, Loja 07, Bultrins – Olinda/PE.

**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meus  
bastantes procuradores e outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais  
para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT**, a fim de que os outorgados dê entrada em meu pedido de indenização do seguro  
DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de  
Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido  
processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for,  
assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito,  
permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Sônia Maria Pinheiro

**FINALIDADE: DEFENDER OS INTERESSES DO OUTORGANTE.**

Cidade: Olinda, Data: 12 de JULHO de 19



(Assinatura do Outorgante)  
(Reconhecer firma por autenticidade)

Av. Chico Science, nº 72, loja 7 da galeria do posto Total, Bultrins, CEP: 53.320-170, Olinda/ PE  
E-mail: 2AAdvocacia@gmail.com – Fones:  
(81)3012.9696/9968.9696/8899.9696/9771.0888/8827.1879



R. Professor José Cândido Passos, 48  
Bairro Novo - Olinda - PE, Fone: (81) 3439-1709

Reconheço por autenticidade a firma de  
**ADELSON JOSE DA SILVA, Dou**

Consulte a autenticidade do selo digital em [www.t.jus.br/selo/digital](http://www.t.jus.br/selo/digital)



Selo: 0150672.PM06201901.04128 - Ato: Rec. de Firma

Data: 22/07/2019 09:32:11

EMOL: R\$ 3,59 TSUR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40 **Rafael Gomes de Menezes,**

PERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08

Escrevente



**INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** SONIA MARIA PINHEIRO, brasileira, solteira, do lar, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 8.522.285 SDS/PE, inscrito (a) no CPF/MF sob nº 031.386.244-30, residente e domiciliado (a) na Travessa 1 da Saudade, nº 160, Bairro: Guadalupe, Cidade: Olinda, Estado: PE, CEP: 53240-440, que outorga os poderes constantes nesta procuração,

**OUTORGADOS:** DRª VANESSA ANDRADE DA SILVA, brasileira, casada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 33.821 - D, a quem substabelecer, com endereço profissional à Av. Chico Science, Nº 72, Loja 07, Bultrins - Olinda/PE.

**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meus bastantes procuradores e outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que os outorgados dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima **SONIA MARIA PINHEIRO**.

**FINALIDADE:** DEFENDER OS INTERESSES DO OUTORGANTE.

Olinda, 16 de Setembro de 2019

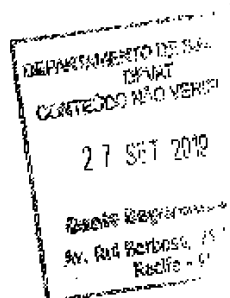
IMPRESSÃO DIGITAL DA VÍTIMA/OUTORGANTE SONIA MARIA PINHEIRO  
CPF/MF sob nº 031.386.244-30

Adelson José da Silva  
CPF nº 253.574.254-34  
ASSINATURA A ROGO

Dra. Vanessa Andrade da Silva  
OAB/PE 33.821  
Outorgado

Adelson José da Silva Junior  
CPF nº 061.243.154-16  
Testemunha 01

Mauricélia Andrade da Silva  
CPF nº 351.230.524-53  
Testemunha 02



Av. Chico Science, nº 72, loja 7 da galeria do posto Total, Bultrins, CEP: 53.320-170, Olinda/ PE  
E-mail: [2AVadvocacia@gmail.com](mailto:2AVadvocacia@gmail.com) – Fones:  
(81)3012.9696/9968.9696/8899.9696/9771.0888/8827.1879



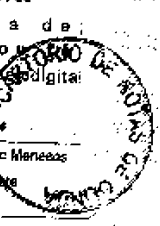


R. Professor José Cândido Pessoa, 48  
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709

Reconheço por semelhança a firma de:  
**MAURICELIA ANDRADE DA SILVA DOU**  
Consulte a autenticidade do selo digital em [www.tjpe.jus.br/selo/digital](http://www.tjpe.jus.br/selo/digital)

Selo: 0150672.AHN08201901.03931 - Ato: Rec. de Firma  
Data: 20/09/2019 16:03:53  
EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40  
FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08

Rafael Gomes de Menezes  
Escritório

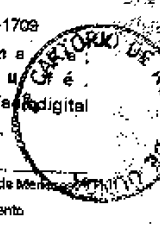


R. Professor José Cândido Pessoa, 48  
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709

Reconheço por semelhança a firma de:  
**ADELSON JOSE DA SILVA DOU**  
Consulte a autenticidade do selo digital em [www.tjpe.jus.br/selo/digital](http://www.tjpe.jus.br/selo/digital)

Selo: 0150672.ZAF08201901.03929 - Ato: Rec. de Firma  
Data: 20/09/2019 16:02:04  
EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40  
FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08

Rafael Gomes de Menezes  
Escritório



R. Professor José Cândido Pessoa, 48  
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709

Reconheço por semelhança a firma de:  
**VANESSA ANDRADE DA SILVA DOU**  
Consulte a autenticidade do selo digital em [www.tjpe.jus.br/selo/digital](http://www.tjpe.jus.br/selo/digital)

Selo: 0150672.MGS08201901.03932 - Ato: Rec. de Firma  
Data: 20/09/2019 16:04:06  
EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40  
FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08

Rafael Gomes de Menezes  
Escritório

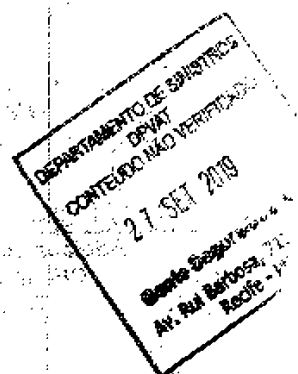


R. Professor José Cândido Pessoa, 48  
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709

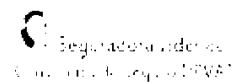
Reconheço por semelhança a firma de:  
**ADELSON JOSE DA SILVA JUNIOR DOU**  
Consulte a autenticidade do selo digital em [www.tjpe.jus.br/selo/digital](http://www.tjpe.jus.br/selo/digital)

Selo: 0150672.YGX08201901.03930 - Ato: Rec. de Firma  
Data: 20/09/2019 16:03:12  
EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40  
FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08

Rafael Gomes de Menezes  
Escritório



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292521/19

**Vítima:** SONIA MARIA PINHEIRO

**CPF:** 031.386.244-30

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 08/03/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SONIA MARIA PINHEIRO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### **VANESSA ANDRADE DA SILVA : 075.880.264-13**

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

#### **SONIA MARIA PINHEIRO : 031.386.244-30**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/08/2019  
Nome: VANESSA ANDRADE DA SILVA  
CPF: 075.880.264-13

VANESSA ANDRADE DA SILVA

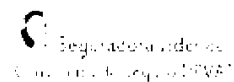
#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292521/19

Número do Sinistro: 3190497938

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

CPF: 031.386.244-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SONIA MARIA PINHEIRO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

**VANESSA ANDRADE DA SILVA : 075.880.264-13**

Procuração

**SONIA MARIA PINHEIRO : 031.386.244-30**

Autorização de pagamento

### 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](http://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: 27/09/2019  
Nome: VANESSA ANDRADE DA SILVA  
CPF: 075.880.264-13

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

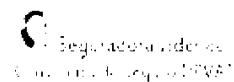
Data do cadastramento: 27/09/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

VANESSA ANDRADE DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292521/19

Número do Sinistro: 3190497938

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

CPF: 031.386.244-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SONIA MARIA PINHEIRO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**SONIA MARIA PINHEIRO : 031.386.244-30**

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](http://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: 20/11/2019  
Nome: VANESSA ANDRADE DA SILVA  
CPF: 075.880.264-13

VANESSA ANDRADE DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190497938

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

Data do acidente: 08/03/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.  
FRATURA NO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MÃO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11  
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento  
faltante:

Apontamento do Laudo  
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das  
sequelas:

Documentos  
complementares:

Observações: \* SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497938

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SONIA MARIA PINHEIRO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Autorização de pagamento</b>          | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site. |
| <b>Declaração de Inexistência de IML</b> | Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois no entregue não foi assinalada uma das opções.                                                                                                       |

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01721/01722 - carta\_03 - INVALIDEZ

00010861



Carta nº 14744318





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497938

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SONIA MARIA PINHEIRO

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 14937366





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497938

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SONIA MARIA PINHEIRO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00211/00212 - carta\_02 - INVALIDEZ

00290106



Carta nº 15010371





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497938

Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SONIA MARIA PINHEIRO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

|                                  |                                                                                                                                                 |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Comprovante de residência</b> | Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato. |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01929/01930 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060965



Carta nº 15076077





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 18 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190497938**

**Vítima: SONIA MARIA PINHEIRO**

**Data do Acidente: 08/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: VANESSA ANDRADE DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SONIA MARIA PINHEIRO**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
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: SONIA MARIA PINHEIRO**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000000917**

**Conta: 000986391899-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

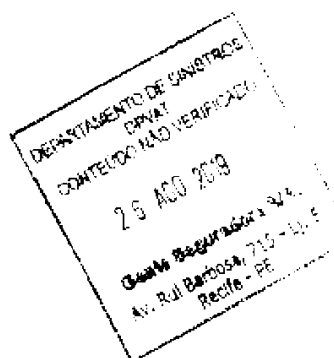
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







Francisco e Sonia



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

0292521/19

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190497938 3 - CPF da vítima: 03138624430 4 - Nome completo da vítima: Sonia Maria Pinheiro

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

5 - Nome completo: Sonia Maria Pinheiro 6 - CPF: 03138624430  
7 - Profissão: da lar 8 - Endereço: Avenida da Saudade 9 - Número: 160 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Guadalupe 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53240-440  
15 - E-mail: luo.advocacia@gmail.com 15 - Cel (DDD): 988271879

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 A 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0617 CONTA: 000986391899 2 AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente 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 fins de cobertura do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalei uma das opções:

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação permitida decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou com o resultado do dano de contenda-á, caso discorde do seu conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorçado ☐ Separação Judicialmente ☐ Viúva 24 - Idade da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 25 - Vítima de seu 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 (a) nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider, paga a, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, usando ciência, ainda, de que qualquer omissão na declaração não acarretará poderá gerar a obrigação de ressarcimento ou o recebimento, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a requisição pedido: Adelson José da Silva  
36 - CPF legível de quem assina a requisição pedido: 0253574254-34  
37 - Assinatura de quem assina a requisição pedido:

38 - 1ª | Nome: Adelson José da Silva Junior  
CPF: 061.243.194-46  
Assinatura da testemunha:

39 - 2ª | Nome: Maurício André do Silva  
CPF: 261.230.524-53  
Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Olinda 16/09/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

2/2019

**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190497938  
Nome do(a) Examinado(a): Sonia Maria Pinheiro  
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida da Saudade, 160  
Guadalupe Olinda PE CEP: 53240-440  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 8522285  
Data local do acidente: [ 08/03/2019 ]  
Data local do exame: [ 05/12/2019 ] Recife [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZOU OSTEOSINTESE COM FIOS K**  
**Complicações: NÃO HOUVE**  
**Data da Alta: ABRIL/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**APRESENTA PUNHO DIREITO COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA E DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM 50%**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM 50% DO PUNHO**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ( ) "Vítima em tratamento"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>PUNHO - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                       | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



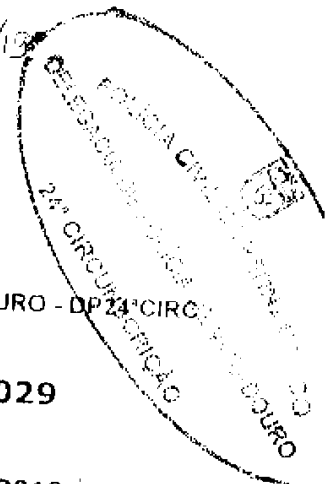
543396

029 2521/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP 24ª CIRCUNSCRIÇÃO  
DIM/7ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0114005029



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 31/05/2019 às 11:01

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 8/3/2019 às 10:55

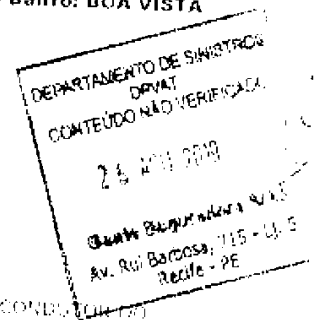
Local onde ocorreu: **RUA LUIZ DE CARVALHO, PROXIMO A COMPESA E PORTUGUESA, - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Proximo a: **AVENIDA JOAO DE BARROS, 399 - Bairro: BOA VISTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Tipo de Via: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DO AUTOPASSEIO CAUSADOR DO ACIDENTE (AUTOR (AGENTE))  
SONIA MARIA PINHEIRO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência): que estava em posse de(a) Sr(a): **CONDUTOR DO AUTOPASSEIO CAUSADOR DO ACIDENTE**



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

**SONIA MARIA PINHEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino** Mãe: **EUNICE MARIA PINHEIRO** IMI: **NAO DECLARADO** Data de Nascimento: **24/6/1968** Nacionalidade: **RECIFE - PERNAMBUCO - BRASIL** Endereço: **RUA LAUDECEA LARANJEIRA DA ROCHA, N 55, BACARIOS., PROXIMO A CASA DAS CRIANÇAS, - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Proximo a: **BAIRRO DE BONSUCESSO (BAIRRO), 55, BACARIOS OU BONSUCESSO, - CEP: 55000-000 - Bairro: BONSUCESSO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A CASA DAS CRIANÇAS.**

**CONDUTOR DO AUTOPASSEIO CAUSADOR DO ACIDENTE (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL**

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

**VEICULO AUTOPASSEIO (VEICULO)** de propriedade de(a) Sr(a): **CONDUTOR DO AUTOPASSEIO CAUSADOR DO ACIDENTE**, que estava em posse de(a) Sr(a): **CONDUTOR DO AUTOPASSEIO CAUSADOR DO ACIDENTE**  
Categoria: **Motocicleta** **AUTOMOVEL-NÃO INFORMADO-NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**A SENHORA SONIA MARIA PINHEIRO INFORMOU QUE NA MANHÃ DO DIA 08 DE MARÇO DE 2019, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO TRANSITAVA NA AVENIDA JOAO DE BARROS, S/N, RECIFE, PE, QUE FOI SURPREENDIDA POR UM VEICULO AUTO PASSEIO QUE LHE ATROPELOU, QUE CAIU NO CHÃO**

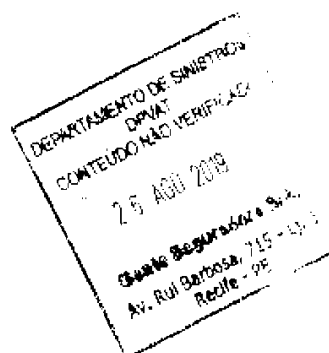
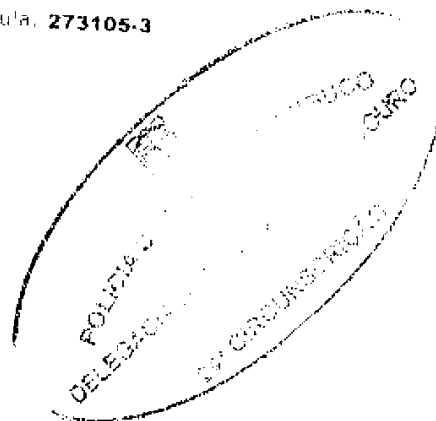


**E FOI SOCORRIDA PELA UNIDADE DO CORPO DE BOMBEIRO MILITAR, QUE FOI SOCORRIDA PARA UPA DE OLINDA-PE, QUE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE JABOATÃO ONDE FOI SUBMETIDA A CIRURGIA.**

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

**SONIA MARIA PINHEIRO**  
**(VITIMA)**

P.O. registrada por: **GUSTAVO MORAIS DE MELO** - Matrícula: **273105-3**





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

0292521/19

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190497938 3 - CPF da vítima: 03138624430 4 - Nome completo da vítima: Sonia Maria Pinheiro

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

5 - Nome completo: Sonia Maria Pinheiro 6 - CPF: 03138624430  
7 - Profissão: do lar 8 - Endereço: Avenida da Saudade 9 - Número: 160 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Guadalupe 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53240-440  
15 - E-mail: luo.advocacia@gmail.com 15 - Cel (DDD): 988271879

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 A 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0617 CONTA: 000986391899 2 AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente 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 não é impossível de se apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de perícia para o Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções:

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação permitida decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou com o resultado do dano de contenda, a cargo do seu condutor.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorçado ☐ Separação Judicialmente ☐ Viúva 24 - Idade da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 25 - Vítima de seu companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (s) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER paga a, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, usando ciência, ainda, de que qualquer omissão na declaração não acarretará poderá gerar a obrigação de ressarcimento ou o recebimento, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a requisição: Adelson José da Silva  
36 - CPF legível de quem assina a requisição: 0253574254-34  
37 - Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome: Adelson José da Silva Junior  
CPF: 061.243.194-46

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Maurício André do Silva  
CPF: 261.230.524-53

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Olinda 16/09/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2/2019

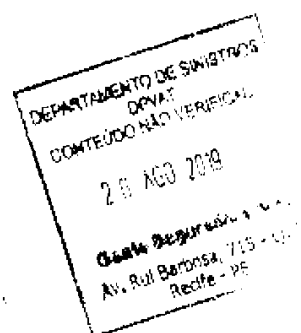


**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2019APH000440 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a) SONIA MARIA PINHEIRO, 49 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8522285 SSPPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 031386224430, residente à TV 1 DA SAUDADE, nº 180, , GUADALUPE, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 08/03/2019, por volta das 10:55 hs, no endereço: RUA LUIZ DE CARVALHO, S/N, BAIRRO NOVO OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMÓVEL GOL, PRATA, OYQ0339-PE, no(a) qual fora vítima(o) o(a) Sr(a) SONIA MARIA PINHEIRO, inscrito sob o CPF nº 031.386.244-30 e Registro Geral nº 8522285, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 711331-5 SOBREIRA. Foi transportado(a) para a UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO DE OLINDA, Registrado(a) com o prontuário nº 1432345. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 15/04/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2019APH000440

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180  
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.723/0001-44



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SONIA MARIA PINHEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000986391899-2

---

Nr. da Autenticação 2045194A349994AF



CELPE

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO BÁSICA

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO BÁSICA

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO BÁSICA

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO BÁSICA

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE  
CONTABILIDADE GERAL  
25 AGO 2019  
Gestor Responsável  
A. R. Barros



29865

7209036539055540000000573830020519

Alb Drexco, SAC - 0800 704 8883  
 24 horas, 7 dias por semana  
 0800 722 0099  
 Cuidadora - 0800 777 9333  
 24 horas, 7 dias por semana

