



09/03/2020

Número: **0007411-62.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/02/2020**

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	
MARIA VALDILENE DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58915460	09/03/2020 11:54	2699836_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00074116220208172001

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 **MARIA VALDILENE DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **28/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **26/11/2019**.

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.

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.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

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



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, 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.

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 irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

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

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

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

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

Ante o exposto, deve o feito 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 **28/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

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

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

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

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



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸.

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.

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**" (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art. 1º. (...)

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



CONCLUSÃO

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

Ante o exposto, 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 da 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.

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 fevereiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a 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 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



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 **MARIA VALDILENE DA SILVA**, em curso perante a **7ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00074116220208172001.

Rio de Janeiro, 27 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0007411-62.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/02/2020**

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	
MARIA VALDILENE DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58915461	09/03/2020 11:54	ANEXO 1	Outros (Documento)



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **MARIA VALDILENE DA SILVA** nascido em 05/03/1990 esteve nesta unidade hospitalar no dia 28/06/2019 por volta das **14h01min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 08 de AGOSTO de 2019.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

José Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 514441





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0242773 28/06/2019 14:01:36

Paciente: MARIA VALDILENE DA SILVA

Sexo: F

D. Nasc.: 05/03/1990

RG: 8.483.085

Profissão: AUTONIMA

Filiação: Mãe: CICERA MARIA ZEFERINO DA SILVA

Pai: JOSE IZIDORIO DA SILVA TERCEIRO

Endereço: RUA SERAFIN GONÇALVES 164

Bairro: SANTO AUGUSTINHO

Estado: PERNAMBUCO

CEP: 55190000

Código: 0129183

SUS: 898000161490311

Idade: 29 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone: 994460696

Pressão Arterial: _____

Pulso: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, RELATA QUE
CAIU COM UM CACHORRO, APRESENTANDO ESCORI-
ÇÕES E FERIDAS EM MEMBROS INFERIORES (P).

Exame Físico: GCS

CÓPIA AUTORIZADA

Diagnóstico Provisório: TRAUMATISMO

Conduta: ① SANGUE EM LACERACÃO E TUMOR (P).
② TRATAMENTO COM 300ml de Soro Físico
③ VOLUTEM 0,9% 1/1

Dr. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 156.638-TE

Liberação do Paciente: Data: 28/06/2019 Hora: 14h47

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

M. F. A.
SENHA: 5735725

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____:

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC<50>140(); FR>32vpm(); Extremidades frias(); Pulso Fraco(); Pulso Ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando(); Irresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intestinal(); Lesão grave(); Queimaduras>25% de SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC <50 ou >140(); PAS <90 ou >190mmhg(); PAD>130(); Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24horas(); Mucosas ressecadas(); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas(); Abuso Sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa(); história até 72h de: Hematêmese(); Enterorragia(); Epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/material biológico();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas(); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos(); Lombalgia intensa(); Retorno com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, quações(); Dor abdominal sem alterações de SSW(10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal(); Coriza crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h(); Curativos ou retirada de pontos(); Vômitos ou diarreia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas(); Administração de medicamentos(); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes();

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA() AMARELA() VERDE() AZUL()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL() MÉDICO()

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO





NOME: Francisco Vitorino dos Reis

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura humeral D. CID-10: S.82+, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 01/08/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

P= fratura humeral fechada e
placa - parafusos. Sem lesões em
fraturas. No dia 14/08/19 foi encaminhado
Bezerras, 26, 08, 19. Leve lesão no
tórax 12 dias no pós-operatório

9/13 João Marilton V. Costa
Traumato - Ortopedia
CRM - 50900 01/08/19



Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO				2 - CNES 2344254	
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO				4 - CNES 2344254	
Identificação do Paciente					
5 - Nome do Paciente MARIA VALDILENE DA SILVA				6 - Número do Prontuário 126061	
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)	8 - Data Nascimento 05/03/1990	9 - Sexo FEMININO	10 - Raça/Cor 3	10.1 - Etnia	
11 - Nome da Mãe CICERA MARIA ZEFERIÑO DA SILVA				12 - Telefone de Contato 81.94460696	
13 - Nome Responsável				14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA SERAFIM GONCALVES, 164 () - SANTO AGOSTINHA					
16 - Município de residência SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE		17 - Cod. IBGE município 2612505	18 - UF PE	19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - Principais sinais e sintomas clínicos PRONA - LADO NO MI 204 MIA: 204 NO TORÇÃO RE: 204 NO TORÇÃO.					
21 - Condições que justificam a internação CLINICAS					
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados) Rx, PRONA					
23 - Diagnóstico inicial PRONA NO TORÇÃO		24 - CID 10 Principais S82X	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas 09/2020035 040805049	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - Descrição do Procedimento Solicitado INTERNO A 204		28 - Código do procedimento 040805049			
29 - Clínica PRONA	30 - Caráter de Internação	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional Solicitante		
33 - Nome do Profissional Solicitante ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR		34 - Data da solicitação 29/03/2020	35 - Assinatura e carimbo (pr. do registro do Conselho)		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora		40 - Nr. do Documento		
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa		43 - CNA da Empresa		
38 - () Acidente de Trabalho trajeto					
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não segurado					
AUTORIZAÇÃO					
46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar		
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador		Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261910546111-5		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)				



Responsável:

Médico: DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEO

Identidade:

Cartão SUS:

Paciente: 126061 MARIA VALDILENE DA SILVA

Nascimento: 05/03/1990 - 29 Anos e 3 Meses

Endereço: RUA SERAFIM GONCALVES, 164

Bairro: SANTO AGOSTINHA

IBGE/Cidade: 2612505 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE UF: PE CEP:

Pai: JOSE IZIDORIO DA SILVA TERCEIRO

Mãe: CICERA MARIA ZEFERINO DA SILVA

Nacionalidade: BRASIL

Obs.: SENHA ORTOPEDIA 591179

Sexo:

FEMININO

Cor:

Est. Civil:

C.P.F.

Identidade: 8483085

Telefone: 81.94460696

G.Instrução:

Ocupação:

Naturalidade:

Queixa do Paciente:

FATURA → LENTO NO MIA

H.D.A.:

Exame Físico:

BOM EL.

MIA: BOA NA JORNADA,
RE: FATURA NO TORNOLELO

H:

FATURA JO TORNOLELO DIREITO.

Tratamento:

CIRURGIA

Conferido Com Documentos

Original Bezerras PE

Hospital Jesus Pequeno

12/01/07

Ana Amorim

Assistente Social

CRESS/PE Nº 447

Dr. Artur de Souza Leao

Angiologia - Cir. Vascular

11.7064 CPE 004370483.01

Assinatura e Carimbo do Médico

lezerros, sábado, 29 de junho de 2019



Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável: DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEAO
Médico: DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEAO

Recepç.: ADRIANA SANTANA DE OLIVEIRA
Matrícula: 898000161490311
Identidade:
Cartão SUS:

Paciente: 126061 MARIA VALDILENE DA SILVA
Nascimento: 05/03/1990 - 29 Anos e 3 Meses
Endereço: RUA SERAFIM GONCALVES, 164
Bairro: SANTO AGOSTINHA CEP:
IBGE/Cidade: 2612505 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE UF: PE
Pai: JOSE IZIDORIO DA SILVA TERCEIRO
Mãe: CICERA MARIA ZEFERINO DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.:
Identidade: 8483085
Telefone: 81.94460696
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Recepcionista:

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 hora:
() Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 02/04/15

Assinatura / CRM

João Marilton V. Costa
Traumatologista
CRM-PE 5980

Observação

01/04/15

Fratura no maxilar
e mandíbula

João Marilton V. Costa
Traumatologista
CRM-PE 5980

Transferência Hospitalar

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: Fratura Simples

do maxilar e mandíbula

João Marilton V. Costa
Traumatologista
CRM-PE 5980

Diagnóstico Definitivo: O mesmo

João Marilton V. Costa
Traumatologista
CRM-PE 5980

Óbito

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Diagnóstico Secundário:

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE
Hospital Jesus Pequeno
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE N° 4.871



EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA: 29/06/19

ENF.: _____

NOME: M^{te} Valdilene da Silva

IDADE: _____

Admissão: 29/06/19

LISTA DE PROBLEMAS: Fratura de tornozelo direito

ANTIBIÓTICOS: 0SSVV: PA: ☒ NORMOT. () HIPERT. () HIPOT.TEMP.: ☒ NORMAL () EPISÓDIO DE FEBRE

HGT: 10

ALERGIA: ☒ NÃO () SIMNUTRIÇÃO: ☒ VO () SNE () SNG () NPT () GTT () Zero ACESSO VENOSO: ☒ NÃO () PERIF. () CENTRALEVACUAÇÕES: ☒ Sim () Não DIAS DIURESE: ☒ Sim () NãoÚLCERA DE PRESSÃO: () SIM ☒ Não PROFILAXIA TVP: () Sim ☒ Não**QUEIXAS:** Dor.**EXAME FÍSICO:**Geral: ☒ EG BOM () EG REGULAR () EG RUIM () EG GRAVISSIMO() FEBRIL ☒ AFEBRIL(☒) NORMOCORADO () HIPOCORADO(☒) ANICTÉRICO () ICTÉRICO(☒) EUPNEICO () DISPNEICO

() ALTERAÇÕES:

Glasgow + + = 15

PA: _____

FC: _____

Sat: _____

FR: _____

Ventilação: ☒ AR AMBIENTE () O2 / () CATETER () VENTURI % L/min () TRAQUEOSTOMOCardiovascular: ☒ RCR EM 2T; BNF S\SOPROS. () ALTERAÇÕES:Respiratório: ☒ MV+ EM AHT S\RA. () ALTERAÇÕES:Abdome: ☒ PLANO; () SEMIGLOBOSO; () GLOBOSO; (☒) INDOLOR A PALPAÇÃO SEM VMG; RHA

() ALTERAÇÕES:

Membros: () SEM EDEMA (☒) COM EDEMA NO TORNZELO D.

PERFUSÃO PERIF. +

() ALTERAÇÕES:

IMPRESSÃO E CONDUTA:

Adm. Leão.

Conferido Com Documento

Original Bezerros PE

Hospital Jesus Paquinin

Ana Amorim

Assistente Social

CRESS/PE Nº 4.471

Dr. Artur de Souza Leão
Angiologia - Cir. Vascular
CRM 20634-DF 004779484-0

RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE MARIA VALDILENE DA SILVA CLÍNICA ORTOPÉDICA	NUMERO DO REGISTRO
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA BLOQUEIO EM PLEXO BRAQUIAL	DR. PRISCILA AMORIM
DATA DA OPERAÇÃO 01/07/2019	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO FRATURA BIMAIOCLAR EM TORNEZELO DIREITO + RECONSTRUÇÃO + DESBRIDAMENTO	
DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO + RECONSTRUÇÃO + DESBRIDAMENTO	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
RESERVAÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE. INCISÃO LATERAL EM TORNEZELO ATE PLANO OSSEO. REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 01 PLACA TERÇO DE CANO COM 06 ORIFÍCIOS + 05 PARAFUSOS DE CORTICAL NO MEDIAL, 01 PARAFUSO ESPONJOSO DE N. 40 4.5 COM 01 ARROELA. LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA CURATIVO E TALA GESSADA	

João Marilton
Ortopedista
CRM 5980

Conferido Com Documentos
Original Bezerras PE 14/11/19
Hospital Jesus Pequeno
16/05/2019
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE N° 4.471



Anestesia: segura

Nome: Maria Valdeleia da Silva Nº do Registro 126061 Nº. na Clínica: _____

Clinica: Ortopedia Quarto: _____ Leito: _____ Idade: 29 Sexo: F Cor: P

Operador: Dr. João Manoel Assist.: _____ Anestesista: Dra. Priscila

Diag. Preop.: Fratura de tornozelo dir Diag. Posop.: o mesmo

Op. Proposta: Tto cirúrgico Op. Realizada: a mesma

Premedicação: MDZ 100mg Hora: 12:30 Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1-2-3-4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

12:30 13:30

AGENTES	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30
N2O											
O2											

Líquidos

PA °C 240

PULSO 38 220

ANES 36 200

OP 34 180

TEMP. A 32 160

ASPIR. A 30 140

RESP. O 120

100

80

60

40

20

SÍMBOLOS

Export Assist. Contro.

ECG PSR PSR

Saturação 100% 99%

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. Neocainol	12,5	Deitada HCR as	
B. Oxiuro	80mg	Supina/autosep	
C. Clalobutol	1g	Indução e manutenção	
D. Decadron	10g	ESG 2g HCR	
E. Naloxona	40g	Indo, induzido	
F. Fentanil	40g	4(B) Deitada	
G. Duponon	2g		

LÍQUIDOS

SF0,9% 1

CÂNULA - NASO/ORO FARINGEA

NASO/ORTOTRAQUEAL - CEGA

BAL - TAMP. - CALIBRE DO TUBO

SOB. - MÁSCARA

DIFICULDADE TÉCNICA

Tempo de Anestesia

TOTAL 02

OPERAÇÃO: Tto cirúrgico

ANESTESISTA: Dra. Priscila

CIRURGIÃO: Dr. Manoel

Laringo - Espasmo - Excesso Secre

Desobstrução Respiratória - Hipotia

Hemorragia Arritmia

Bradi - Taquicardia - Choque

PERDA SANGÜÍNEA:



COMANDA 407711

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Mar Valdelone da Silva Registro Nº. 126061
 Apt.: _____ Enfermaria.: _____ Data: 01/07/19.
 Cirurgia: Int-les de E de Tamozeiro Anestesiado: João
 Anestesia: Rapida Anestesista: Dr. Presck
 Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS		Metronidazol 500mg	
Adrenalina		Nauseadron	1 cap.
Água Destilada	1 cap.	Narcan	
Atropina		Neomicina Pomada	
Bicarbonato de Sódio		Nipride	
Cediladine		Omeprazol	
Cisatracure		Plasil	
Cloreto de Sódio		Propofol	
Cloreto de Potássio		Prostigmine	
Clindamicina		Quelcin	
Dramin		Rapifen	
Dexametazona Pomada		Ranitidina	
Decadron	1 cap.	Revivan	
Diazepan	02 cap.	Ringer c/ Lactato	
Dipirona	1 cap.	Rocefin 1g	
Dimorf 0.1		Servofurano	
Dolantina		Sintocinon	
Dormonid		Soro Fisiológico 500ml	1 ml
Efortil		Soro Glicosado	
Enoxoparina 40mg		Styptanon	
Fenergan		Sulfato de Magnésio	
Fentanil Espinal		Tansamin	
Fentanil 5ml		Tenoxican	1 cap.
Flumazenil		Thionembatal	
Glicose		Tramal	
Gluconato Cálcio		Vitamina K	
Hidrocortizona 100mg		Voluvem	
Hidrocortizona 500mg		Xylocaina 2% s/a	
Ipsivilon		Xylocaina 1% s/a	
Keflin	1 cap.	Xylocaina Geléia	
Ketalar		Xylocaina Spray	
Lasix		Xylocaina Pesada	
Manitol		MATERIAIS	
Marcaína c/a		Aguilha desc. 25x7/40x12/0.45x13	03 ml
Marcaína s/a		Aguilha de Plexo	
Marcaína Pesada 0.5	1 cap.	Aguilha Raque 27	1 ml
Methergin		Algodão Hidrófilo	

Conteúdo Com Documento
 Original Bateria de PE
 Anestesia Local Pequeno
 Ana Anestesia
 Assistente Social
 CRESS/PEN 4.471





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CÂMBIO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1421884961

PROVIDO PLASTIFICAR
 1421884961

NOME: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **4810389 SSP PE**

CPF: **945.234.444-04** DATA NASCIMENTO: **26/07/1974**

FILIAÇÃO: **JOSE GOMES DE MOURA**

ISMARTE FERRIRA DE MOURA

ORA

Nº REGISTRO: **02378605879** VIGÊNCIA: **08/04/2022** CAT. HAB: **17/06/2002**

OBSERVAÇÕES:

Adriana M. Moura de A. Fernandes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **SUBOBIIM - PE** DATA CRESSAO: **10/04/2017**

Charles Anderson Sousa Klaviz
 Diretor Provincial
 ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

53886755000
 PK078665272



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014802671810
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 1123616741 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
IEAQUE PAIVA DA SILVA JUNIOR

S C CAPIBARIBE-PE

CPF / CNPJ 114.410.344-47 PLACA PDJ5777

PLACA ANT. / UF ***** PE CHASSI 9CZRC2206HR601087

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLISTA COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CC 160 FAN ESDI ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2017

CAP. / POT. / CIL. 2P/162CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª *****
FAXA LPIVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 ICF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 25/02/19

OBSERVAÇÕES
AL. FID. ADM CONS MAC HONDA LTDA
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

S C CAPIBARIBE-PE LOCAL DATA 26/02/19
Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

DETRAN

CONTRAN



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443500/19

Vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA

CPF: 094.692.354-01

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 28/06/2019

Titular do CPF: MARIA VALDILENE DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MARIA VALDILENE DA SILVA : 094.692.354-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190689943 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA **Data do acidente:** 28/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.5,9,10)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190689943 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA **Data do acidente:** 28/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.5,9,10)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

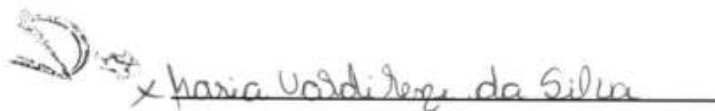
NOME: MARIA VALDILENE DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: RG-8.483.085 SDS/PE CPF:094.692.354-01
DATA DO ACIDENTE: 28/06/2019
COBERTURA : INVALIDEZ
VÍTIMA: MARIA VALDILENE DA SILVA
ENDEREÇO: RUA – SERAFIN GONÇALVES DA SILVA , Nº 148,VILA POPULAR , SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 26 DE NOVEMBRO DE 2019.



ASSINATURA DO OUTORGANTE

	Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA Av. Tito Seroa Aragão, 174 - Centro Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: (81) 3731-0113
Reconhecido por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) Maria Valdilene da Silva. Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 26/11/2019, 15:01. - Total: 4:91. Em Testemunho.	
da verdade	
Jaqueline Lima da Silva Souza - Escrevente	
Selos(s): 0159467 KFJ10201902 04037	



Consulte e autentique em: www.sigla.com.br/validar



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443500/19

Vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA

CPF: 094.692.354-01

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 28/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA VALDILENE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MARIA VALDILENE DA SILVA : 094.692.354-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos





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

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190689943

Vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA

Data do Acidente: 28/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA VALDILENE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15247942

Pag. 01225/01226 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190689943

Vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA

Data do Acidente: 28/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA VALDILENE DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARIA VALDILENE DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001898-8

Conta: 000001002161-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

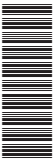
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01099/01100 - carta_15R - INVALIDEZ

00020550





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 094.692.354-01 4 - Nome completo da vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA VALDILENE DA SILVA 6 - CPF: 094.692.354-01
7 - Profissão: REC. INF. 8 - Endereço: RUA SERAFIM GONCALVES DA SILVA 148 9 - Número: 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VILA POPULAR 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 181 99161-3907

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1898 8 CONTA: 1002161 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PE - 29/11/2019

x Maria Valdilene da Silva
(Assinatura da vítima/beneficiário (declarante))

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218004394**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/11/2019** às **15:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/6/2019** às **13:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA DE ACESSO A SANTO AGOSTINHO, - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
IZAQUE PAIVA DA SILVA JUNIOR (OUTRO)
MARIA VALDILENE DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA VALDILENE DA SILVA**

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

MARIA VALDILENE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: CICERA MARIA ZEFERINO DA SILVA Pai: JOSE IZIDORODA SILVA TERCEIRO Data de Nascimento: 5/3/1990 Naturalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8483085/SDS/PE (RG). 09469235401 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: - 994460696

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA SERAFIM GONÇALVES DA SILVA, 164, SANTO AGOSTINHO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO /BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

IZAQUE PAIVA DA SILVA JUNIOR (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**



DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO /

PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem:

DESCONHECIDO

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro:**

CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro:**

CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IZAQUE PAIVA DA SILVA JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA VALDILENE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN ESDI** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PDJ5777** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **112361674** Chassi: **9C2KC2200HR601087**

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA 28 DE JUNHO DE 2019, POR VOLTA DAS 13:30 HORAS, SE ENCONTRAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA NO MOMENTO EM QUE FOI LEVAR O SEU FILHO NA ESCOLA E QUANDO ESTAVA VOLTANDO AO PASSAR NUMA PONTE NA AVENIDA OLINPIO, DOIS CACHORROS PARTIRAM PRA CIMA DELA VITIMA QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU, CHEGANDO A QUEBRAR O PÉ DIREITO, SENDO SOCORRIDA POR POPOLARES PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

Maria Valdilene da Silva

**MARIA VALDILENE DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 094.692.354-01 4 - Nome completo da vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARIA VALDILENE DA SILVA 6 - CPF: 094.692.354-01
7 - Profissão: REC. INF. 8 - Endereço: RUA SERAFIM GONCALVES DA SILVA 9 - Número: 148 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VILA POPULAR 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 181 99161-3907

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1898 8 CONTA: 1002161 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PE - 29/11/2019

x Maria Valdilene da Silva

(Assinatura da vítima/beneficiário (declarante))

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA VALDILENE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01898-8

CONTA: 000001002161-8

Nr. Autenticação

BRADESCO2012201905000000000023701898000001002161168750 PAGO



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1411859585

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE

JOSIANE MARINA DOS SANTOS

DATA DE VENCIMENTO

21/11/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/11/2019

CONTA CONTRATO

7020265390

ENDEREÇO

RUA SERAFIM GONCALVES DA SILVA
148 -VILA POPULAR/SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE -55191-436 SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE PE -

TOTAL A PAGAR

R\$ 48,34

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/11/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

084559720

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO

14/10/2019 a 13/11/2019

CONSUMO

21

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7020265390

MÊS/ANO

11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 48,34

VENCIMENTO

21/11/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

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

838000000009 483400110073 020265390103 172068960038



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA S

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55192-305

CONTA CONTABO	MESANO
7008475460	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PROXIMA LETURA
15/10/2019	08/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	53,62

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
079864121	UNICA	08/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/10/2018	2011188068	3423002

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(l/Wh)	59,0000000	0,81089952	47,83
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,30
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,82
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Supvenção-CDE-NF 072300654-06/08/19			0,80

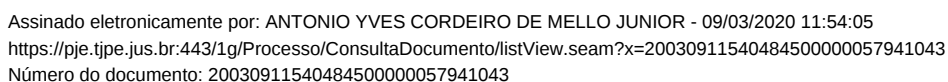
TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3190297771	CAT	05/09/2019	252,00	08/10/2019	311,00	33	1,00000		59,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Item	Consumo	Porcentagem
1	18,07	31,57%

Scanned by CamScanner



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA M. DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA VALDILENE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.692.354 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA VALDILENE DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.692.354 / 01, 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 <u>RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA</u>		Número <u>03</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP
Email _____	Telefone comercial(DDD) <u>81</u>	Telefone celular (DDD)	

SANTA CRUZ, 06 de DEZEMBRO de 2019
DO CAPIBARIBE Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017

