



Número: **0002407-45.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **29/10/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DIVACY PIRES FERNANDES LIMA (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58899554	09/03/2020 09:39	2700575_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA TALHADA/PE

Processo: 00024074520198173370

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DIVACY PIRES FERNANDES LIMA**, 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 **21/01/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 28/06/2019.

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 **21/01/2019**. 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.”



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

⁷art. 1º . (...)

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



Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SERRA TALHADA, 28 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 (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- 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/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **DIVACY PIRES FERNANDES LIMA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **SERRA TALHADA**, nos autos do Processo nº 00024074520198173370.

Rio de Janeiro, 28 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: **0002407-45.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **29/10/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DIVACY PIRES FERNANDES LIMA (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58899555	09/03/2020 09:39	ANEXO 1	Outros (Documento)



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-02 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

LUSINEIDE MARIA FERREIRA DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

QD 15 160 AP-17

CPF: 080 158 294-81

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

JOSE TOMÉ DE SOUZA/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56900-000

DATA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
06/25/2018	UNICA	17/05/2019
APRESENTAÇÃO	TP DO CLIENTE	3º DA REGISTRAÇÃO
17/05/2018	200/940567	9675236

CONTA CONSUMO	SERIAL
4011212790	05/2019
DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA
24/05/2019	17/06/2019
TOTAL DA FATURA	119,43

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	142,000000	0,78742173	111,81
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,18
Cobrança Rum Pública Municipal			4,53
Multa por atraso NF 058601404 - 17/04/19			1,88
Juros por atraso NF 058601404 - 17/04/19			0,02
Atualização IGP-M NF 058601404 - 17/04/19			0,05
TOTAL DA FATURA			119,43

IP DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
138728	CAT	17-04-2019	18-05-2019	17-05-2019	18-05-2019	30	142,00

HISTÓRICO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TÍTULOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
Máximo kWh MAR 19 142 ABR 19 111 MAR 19 86 FEV 19 70 JAN 19 73 DEZ 18 62 NOV 18 71 OUT 18 76 SET 18 51 AGO 18 86 JUL 18 260 JUN 18 347 MAR 18 305	BASE DE CÁLCULO ICMS 112,87 25,00 28,24 PIS 112,87 1,16 1,31 COPIS 112,87 5,37 6,06 Consumo Ativo (kWh) 2738 92C7 A1AF 1132 9C9B E440 763D 248B	Geração de Energia Transmissão Distribuição (Celpe) Perdas de Energia Encargos Setoriais Tributos Total 2738 92C7 A1AF 1132 9C9B E440 763D 248B

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para o cliente, a partir de 2019, a tarifa social de energia elétrica será aplicada apenas para os consumidores que não tenham sido beneficiados por outras tarifas sociais. A partir de 2019, a tarifa social de energia elétrica será aplicada apenas para os consumidores que não tenham sido beneficiados por outras tarifas sociais. A partir de 2019, a tarifa social de energia elétrica será aplicada apenas para os consumidores que não tenham sido beneficiados por outras tarifas sociais.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES	NÍVEL DE TENSÃO
DURAÇÃO VALOR LIMITE LIMITE LIMITE	TENSÃO LIMITE LIMITE
0,00 0,00 5,83 3,30 10,00 21,71	22 204 231

30 JUL 2019



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
INSTITUTO CAIXA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.836.832/0001-08 | Insc. Est. 0055943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CPF: 286.442.044-91

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-220

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTRATO 1130133025 07/2019
DATA DE VIGÊNCIA 22/07/2019 13/08/2019
VALOR DA FATURA 148,54

PERÍODO DE VIGÊNCIA	TIPO DE CONTADOR	DATA DE VIGÊNCIA
06/2011-11/2019	UNICA	11/07/2019
11/07/2019	2000530115	3682411

DESCRIÇÃO DA DESPESA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	169,0000000	0,78063095	124,12
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,98
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,12
ICMS Substituição-CDE-NF 081895896-13/09/18			1,27
Doação APAE - 0809 722.7723			15,00
Blatius ITAPU - art. 21 da Lei 10.438/2002			-1,93
TOTAL DA FATURA			146,54

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	COMISSÃO (R\$)
180194	CAI	11/06/2019	8200,00	11/07/2019	8.255,02	041	1.0000		146,00

PERÍODO	VALOR DO DEBITO	VALOR DO CREDITO	VALOR DO SALDO
ABR 19 138			
MAY 19 179			
JUN 19 208			
JUL 19 183			
AUG 19 225			
SET 19 240			
OCT 19 219			
NOV 19 232			
DEZ 19 243			
JAN 19 246			
FEB 19 192			
MAR 19 181			
ABR 19 180			

30/04/2019 22:14:19 1515 4855 CDE/4CAU EBEA

30/04/2019 22:14:19 1515 4855 CDE/4CAU EBEA

PERÍODO	VALOR DO DEBITO	VALOR DO CREDITO	VALOR DO SALDO
ABR 19 138			
MAY 19 179			
JUN 19 208			
JUL 19 183			
AUG 19 225			
SET 19 240			
OCT 19 219			
NOV 19 232			
DEZ 19 243			
JAN 19 246			
FEB 19 192			
MAR 19 181			
ABR 19 180			

30 JUL 2019





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.445.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

DIVACY PIRES FERNANDES LIMA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.150.684 / 74

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.150.684 / 74 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87-9999.5477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 08/07/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017

30 JUL 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Diana Pires Fernandes Leima
RG nº 5608590, data de expedição 12/04/1976
Órgão SSP - PE, portador do CPF nº 029.799.914-14
com domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Severino Marques da Costa, nº 164
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
X André Pires Fernandes Lima, cujo o condutor era
X André Pires Fernandes Lima
Veículo Motocicleta Modelo: HONDA CG 125 Ano: 2003-2010
Placa: KEK 7064 Chassi: 9C2JC4110ARD09256
Data do Acidente: 21/01/2019



Local e Data: SERRA TALHADA - PE 19/07/19

X Diana Pires F. Leima

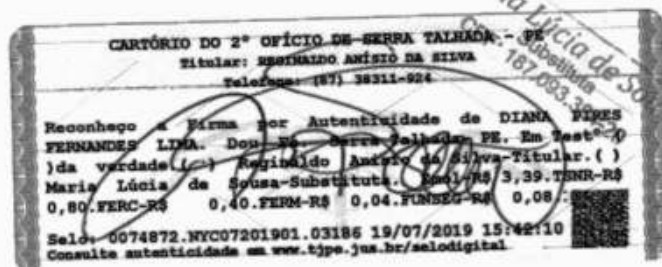
Assinatura do Declarante

X André Pires Fernandes Lima

Assinatura do Condutor

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

30 JUL 2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ - VII GERES
EMERGÊNCIA GERAL / ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

9.9963-03 10

DATA: 21/01/19
Nº DE OCORRÊNCIA:
HORA DE CHEGADA: 20:39
HORA SAÍDA:
REGULAÇÃO:

IDENTIFICAÇÃO		CPF:
NOME: <u>Dinacy Pires Fernandes Lima</u>	DATA DE NASC: <u>04/01/81</u>	ID: <u>38</u> Cor: <u>03</u>
SEXO: <u>M</u> ORIENTAÇÃO SEXUAL: <u>Quadrado</u>	ESTADO CIVIL: <u>Quadrado</u>	PROFISSÃO: <u>Motociclista</u>
NOME DA MÃE: <u>Mãe de Lourdes Pires Lima</u>	TEL: <u>996428927</u>	
ENDEREÇO: <u>Quadrado 15 lot. 17</u>	BAIRRO: <u>Mulhuro</u>	Nº: <u></u> CIDADE: <u>Serra Talhada</u>
GRAU DE INSTRUÇÃO: ANALFABETO () 1º GRAU () 2º GRAU () SUPERIOR ()	CNS: <u>700403995818049</u>	
RESPONSÁVEL: <u>memor</u>	FUNÇÃO (A):	
MEIO DE TRANSPORTE BOMBEIRO () AMBULÂNCIA () SAMU () AUTO () MOTO () OUTROS ()	PACIENTE CHEGOU AO SERVIÇO ANDANDO () MACA () CADEIRA DE RODA ()	ENCAMINHADO HOSPITAL () PSF () OUTROS ()
PA: <u>140x100x170</u> HT: <u>170</u> TEMP: <u>36.5</u> FC: <u>97</u> SATO ₂ : <u>98</u> FR: <u>18</u> PESO: <u>70</u>		
ANTECEDENTES PESSOAIS: <u>NAS</u>		
ANTECEDENTES FAMILIARES:		
USO DE MEDICAMENTOS: <u>Enalapril 10mg</u>	ALERGICO: <u>Não</u>	
AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS CLASSIFICAÇÃO
() Febre () Vômitos () Dificuldade de Respirar () Fraqueza () Confusão Mental () Fadiga () Cefaléia () Distúrbios Visuais () Tosse () Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo () Tonturas () Dor. Local: () Queixa Urinária: () Sangramento. Local: () Outras Queixas: <u>Paciente apresenta edema e</u> <u>inchaço das pernas após acidente de</u> <u>moto hoje.</u>		() Clínico Geral () Cirurgião () Ortopedista () Odontólogo () Serviço Social () Enfermagem () Outros: ☐ Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Assinatura Enf. <u>aflo</u>
DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA		
1 - QUEIXA PRINCIPAL (QP) / HISTÓRICO DA DOENÇA (HDA) <u>Pt vítima Acidente Motociclistico Soreador</u> <u>Pt (curioso) feridas M e MSE</u>		
2 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA <u>GLS 60m 15</u> <u>Pt (curioso)</u>		
3 - EXAMES SOLICITADOS <u>Pt ombros</u> <u>AP/P</u> <u>Dr. Abc</u> <u>Ado Filho</u> <u>1122-600-2158</u>		
Carimbo do Médico		
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO		
ACIDENTE DE TRÂNSITO Veículo: () Automóvel () Ônibus () Moto () Outros Qual: <u>Ignorado</u> Fator de Proteção: () Cintil/ Capacete () Qual: <u>Ignorado</u>	ACIDENTE DE TRABALHO Origem: () Construção Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outros Qual: <u>Ignorado</u>	OUTRO TIPO DE ACIDENTE () Intoxicação Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico () Outros Qual: <u>Ignorado</u> () Ignorado
AGRESSÃO POR: () Arma de Fogo () Arma Branca () Espantamento () Outro Qual: <u>Ignorado</u> MODO: () Assalto () Briga () Ação Policial () Agressão Sexual () Ignorado () Outros Qual: <u>Ignorado</u>	AUTOAGRESSÃO/ SUICÍDIO () Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda de Nível () Outros Qual: <u>Ignorado</u>	LOCAL DA OCORRÊNCIA () Via Pública () Domicílio () Escola () Ambiente de Trabalho () Outros Qual: <u>Ignorado</u>
NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR - VEH TIPO: <u>04</u> SE <u>04</u> INVESTIGAÇÃO SIM (X) NÃO () AGRAVO: <u>Acidente</u> RESPONSÁVEL: <u>Dr. Abc</u>		



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES
2517124

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES
2517124

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

76561822222

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

406463995118049

6 - SIS PRENATAL

7 - SERVA/REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE

Renato F. Lima

10 - DATA DE NASCIMENTO

04/01/81

11 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria da Conceição Bentes Lima

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Serra Marques da Costa

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serra Talhada

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

→ Limite físico no sono

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Kx

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Dt m clíum.

22 - CID. 10 PRINCIPAL

S.42.0

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

FG CIRURGIA DE 4m

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

0408.02023

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - N.º DO CUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
CEM - Pneu: 9.9916-0112

23/01/19

30 JUL 2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - COD. ORGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AH)

261910746915-4

MOTIVO DA ALTA: Melhora

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Eletiva

DATA DA INTERNAÇÃO: 30/05/19

José Roberto Vieira Barros





HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

CLÍNICA

CIRURGICA

Data do Atendimento	28/01/2019	Prontuário	00043022	Registro	0008268	Convênio	SUS INTERNACAO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
DIVACY PIRES FERNANDES LIMA							
Data Nascimento	04/01/1981	Idade	38 Anos	Sexo	MASQUILINO	Cor	PARDÁ
Estado Civil	CASADO(A)	Profissão	MOTORISTA	Naturalidade		Nacionalidade	
Filiação Pai	JOSE DA LUZ FERNANDES LIMA			Mãe	MARIA DE LOURDES PIRES LIMA		
Endereço	SEVERINO MARQUES DA COSTA						Nº 160
Bairro	MUTIRAO	Cidade	SERRA TALHADA	Estado	PE	Telefone	96294765

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

Acidente de Trânsito []	Acidente de Trabalho []	Outros Acidentes []	Agressão []
Suicídio []	Casual []	Outros []	
Nome do Acompanhante	Telefone para Contato:		
Endereço			

Local da Ocorrência

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO OMBRO

Diagnóstico Inicial

TRAUMA NA CLAVICULA

S.A.D.T

Diagnóstico Final

O MESMO

Data do Atendimento

Melhorada []	Decisão Médica []
Inalterado []	Alta a Pedido []
Piorado []	Transferência []
Óbito+48h []	Evasão []
Óbito-48h []	Indisciplina []

Óbito em / / Hora: / /

Data do Internamento: 28/01/2019

Data da Alta: 31/01/19

30 JUL 2019

Médico Responsável

GDS - Jus/Desenvolvimento de Sistemas - 87-3831-3014



Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:

Início:

Término:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesiologista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ANESTESIA
- ASSCOPSI
- SUBURA
- CURATIU
OI RIO METALICO 2.0

Assinatura do Cirurgião

30 JUL 2019

GDS - Geryus Desenvolvimento de Sistemas - 87-3851-3014



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CATEGORIA NACIONAL DE MANUTENÇÃO

NOME
 RIVACY PIRES FERNANDES LIMA

DOC. IDENTIFIC. ORG. EMISSOR/FE
 5582222 SSF PE

CPF
 045.158.484-74

DATA NASCIMENTO
 09/02/1982

PLACAS
 JOSE DA LUZ FERNANDES
 LIMA
 MARIA DE LOURDES
 PIRES LIMA

PERMISSÃO
 04120015423

REC.
 AD

CAT. HAB.
 AD

VALIDADE
 11/02/2020

1ª RENOV. TÍTULOS
 15/06/2007

OBSERVAÇÕES
 A
 Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 AFOGADOS DA INGENHEIRA - PE

DATA EMISSÃO
 23/04/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

50727880281
 PRO64925212

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1024504461

PRIMEIRO PLASTIFICAR
 1024504461

30 JUL 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
5840550 SSP PE

CPF
008.475.324-28

DATA NASCIMENTO
03/05/1978

FILIAÇÃO
GILBERTO CARLOS DE LIMA
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02136855400

VALIDADE
30/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2001

OBSERVAÇÕES

SAR

DATA

George Carlos Melo Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
24/07/2017

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Chefe do Departamento

ASSINATURA DO SUPERVISOR

33810052568
28079963268

PERNAMBUCO

30 JUL 2019





30 JUL 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETTRAN - PE Nº 014483804363 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO					
VIA	1	COD. RENAVAM	200608827	RNTRC	*****	EXERCÍCIO	2019
DIANA PIRES FERNANDES LIMA							
SERRA TALHADA-PE							
029.799.914-14	PLACA	KGK7064					
029.799.914-14	CHASSI	9C2JC4110AR009256					
PAS / MOTOCICLETA							
HONDA / CG 125 FAN K3							
2P/124CL							
1 IEVA 2019 QUITADO							
V FAIXA LIVRA							
A 1							
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)							
SEM RESERVA							
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO							
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA							
SERRA TALHADA-PE							
30 JUL 2019							

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUILQUER SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT		PE Nº 014483804363 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
DIANA PIRES FERNANDES LIMA		SERRA TALHADA-PE	
029.799.914-14		PLACA KGK7064	
9C2JC4110AR009256		CHASSI	
HONDA / CG 125 FAN K3		MARCA / MODELO	
2P/124CL		ANO FAB 2009	
1 IEVA 2019 QUITADO		ANO MOD 2010	
V FAIXA LIVRA		COR PREDOMINANTE PRETA	
A 1		CATEGORIA PARTIC	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
SEM RESERVA		DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO	
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA		SERRA TALHADA-PE	
30 JUL 2019		30 JUL 2019	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190455012 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIVACY PIRES FERNANDES LIMA **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.
P *3/*4

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190455012 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIVACY PIRES FERNANDES LIMA **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.
P *3/*4

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





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, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190455012

Vítima: DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

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,

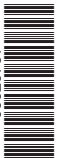
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14638895

Pag. 01533/01534 - carta_01 - INVALIDEZ

00020767





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, 15 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190455012

Vítima: DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **DIVACY PIRES FERNANDES LIMA**

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

Banco: **104**

Agência: **914**

Conta: **0000073159-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

045.150684-74

DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

045.150684-74

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Motorista

22 - 15

160 AP

17

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

VILA BELA

SERRA TALHADA

PE

56.900-000

15 - E-mail:

16 - Tel/(DDD):

99998-1477

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

014

CONTA:

73159

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

☐ Sim

☐ Não

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro(s) (al nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SERRA TALHADA - PE - 22/07/19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

30 JUL 2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267002444**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/06/2019** às **10:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **21/1/2019** às **16:00**

Natureza Jurídica: **REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO DIVISÃO, PRÓXIMO A LINHA DA ODEBRECHT - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **ZONA RURAL, 1 - Bairro: ZONA RURAL - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
DIVACY PIRES FERNANDES LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DIVACY PIRES FERNANDES LIMA**

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

DIVACY PIRES FERNANDES LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES PIRES LIMA Pai: JOSE DA LUZ FERNANDES LIMA Data de Nascimento: 4/1/1981 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5682222/SSP/PE (RG). 04515068474 (CPF). 04120015423 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares: - 087999630310

Residencial: **QUADRA 15, LOTE 17 - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DO MUTIRAO, 160, Nº 160 - CEP: 0 - Bairro: MUTIRAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): DIVACY PIRES FERNANDES LIMA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)**

Placa: **KGK7064 (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA)** Renavam: **200608827** Chassi: **9C2JC4110AR009256**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **NOME PROPRIETÁRIO: DIANA PIRES FERNANDES LIMA**

Complemento / Observação

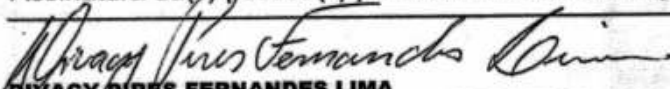
30 JUL 2019

28/06/2019 10:31



COMPARECEU A ESTA DEPOL O QUEIXOSO ACIMA QUALIFICADO COMUNICANDO O ACIDENTE DO QUAL FORA VÍTIMA; SEGUNDO INFORMOU SEGUIA DA SEDE DA CIDADE EM DIREÇÃO A ZONA RURAL QUANDO, POR VOLTA DAS 16:30H, QUANDO TRAFEGAVA PELA ESTRADA VICINAL DO SÍTIO DIVISÃO, NAS PROXIMIDADES DA OBRA DA ODEBRECHT, O PNEU DO VEÍCULO DERRAPOU NA LAMA E A VÍTIMA CAIU DO VEÍCULO; QUE POPULARES O SOCORRERAM AO HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ, NA CIDADE DE SALGUEIRO/PE ONDE FICOU AOS CUIDADOS DO MÉDICO ABEL MACEDO FILHO, CRM-PE21548; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE A VÍTIMA FRATUROU A CLAVÍCULA ESQUERDA, TENDO QUE SER SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO; O VEÍCULO NO QUAL A VÍTIMA DESLOCAVA-SE PERTENCE A SUA IRMÃ DIANA PIRES FERNANDES LIMA; A VÍTIMA ESTAVA SOZINHO NO VEÍCULO NO MOMENTO DO ACIDENTE. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO.

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


DIVACY PIRES FERNANDES LIMA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **Bruna Reinaldo do Nascimento Santana** Matrícula: **3866106**



30 JUL 2019

28/06/2019 10:31





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 ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

045.150684-74

DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

045.150684-74

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Motorista

22 - 15

160 AP

17

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

VILA BELA

SERRA TALHADA

PE

56.900-000

15 - E-mail:

16 - Tel/(DDD):

99998-1477

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

014

CONTA:

73159

6

AGÊNCIA:

CONTA:

014

73159

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Estado civil do cônjuge da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

☐ Cônjuge

☐ Filho(a)

☐ Pai(m)

☐ Mãe

☐ Irmão(a)

☐ Outros

26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

☐ Sim

☐ Não

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro(s) (al nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/vivos?

☐ Sim

☐ Não

34 - Vítima deixou irmãos?

☐ Sim

☐ Não

35 - Vítima deixou pais/vivos?

☐ Sim

☐ Não

36 - Vítima deixou irmãos?

☐ Sim

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.

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

30 JUL 2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ - VII GERES
EMERGÊNCIA GERAL / ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

9.9903-03 10

DATA: 21/01/19
Nº DE OCORRÊNCIA:
HORA DE CHEGADA: 20:39
HORA SAÍDA:
REGULAÇÃO:

IDENTIFICAÇÃO		CPF:
NOME: <u>Dinacy Pires Fernandes Lima</u>	DATA DE NASC: <u>04/01/81</u>	ID: <u>38</u> Cor: <u>03</u>
SEXO: <u>M</u> ORIENTAÇÃO SEXUAL:	ESTADO CIVIL: <u>Quercado</u>	PROFISSÃO: <u>Motorista</u>
NOME DA MÃE: <u>Mãe de Lourdes Pires Lima</u>	TEL: <u>996428927</u>	
ENDEREÇO: <u>Quacha 15 lot. 17</u>	BAIRRO: <u>Mulirão</u>	Nº: <u></u> CIDADE: <u>Serra Talhada</u>
GRAU DE INSTRUÇÃO: ANALFABETO () 1º GRAU () 2º GRAU () SUPERIOR ()	CNS: <u>700403995818049</u>	
RESPONSÁVEL: <u>mesmo</u>	FUNCIONÁRIO (A):	
MEIO DE TRANSPORTE BOMBEIRO () AMBULÂNCIA () SAMU () AUTO () MOTO () OUTROS ()	PACIENTE CHEGOU AO SERVIÇO ANDANDO () MACA () CADEIRA DE RODAS ()	ENCAMINHADO HOSPITAL () PSF () OUTROS ()
PA: <u>140x100x170</u> GGT: <u></u> TEMP: <u></u> FC: <u>97</u> SATO: <u>93</u> FR: <u></u> PESO: <u></u>		
ANTECEDENTES PESSOAIS: <u>HAS</u>		
ANTECEDENTES FAMILIARES: <u></u>		
USO DE MEDICAMENTOS: <u>Analapril 10mg</u> ALERGICO: <u>Não</u>		
AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS
() Febre () Vômitos () Dificuldade de Respirar () Fraqueza	() Clínico Geral	() Vermelho
() Confusão Mental () Fadiga () Cefaléia () Distúrbios Visuais	() Cirurgião	() Amarelo
() Tosse () Taquicardia () Convulsão () Desmaio	() Ortopedista	() Verde
() Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo () Tonturas	() Odontólogo	() Azul
() Dor, Local: <u></u>	() Serviço Social	
() Queixa Urinária: <u></u>	() Enfermagem	
() Sangramento, Local: <u></u>	() Outros: <u></u>	Assinatura Enf. <u>Alor</u>
() Outras Queixas: <u>Paciente apresenta edema e</u> <u>supra dia em MSE após acidente de</u> <u>moto hoje.</u>		
DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA		
1 - QUEIXA PRINCIPAL (QP) / HISTÓRICO DA DOENÇA (HDA)		
<u>Plr vítima Acidente Motorciclístico Sorelora</u> <u>Px (unidos) @ feridas M @ MSE</u>		
2 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA <u>GLS com 15.</u>		
<u>Px (unidos) @</u>		
3 - EXAMES SOLICITADOS		
<u>Px ombros @ AP/P</u>		
COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO Carimbo do Médico		
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO		
ACIDENTE DE TRÂNSITO	ACIDENTE DE TRABALHO	OUTRO TIPO DE ACIDENTE
Veículo: () Automóvel () Ônibus () Moto () Outros Qual: <u>ignorado</u> Fator de Proteção: () Cintal Capacete () Qual: <u>ignorado</u>	Origem: () Construção Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outros Qual: <u>ignorado</u>	() Intoxicação Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico () Outros Qual: <u>ignorado</u> () Ignorado
AGRESSÃO	AUTOAGRESSÃO/ SUICÍDIO	LOCAL DA OCORRÊNCIA
POR: () Arma de Fogo () Arma Branca () Espancimento () Outro Qual: <u>ignorado</u> () Ignorado MODO: () Assalto () Brigas () Ação Policial () Agressão Sexual () Ignorado () Outros Qual: <u>ignorado</u>	() Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda de Nível () Outros Qual: <u>ignorado</u> () Ignorado	() Via Pública () Domicílio () Escola () Ambiente de Trabalho () Outros Qual: <u>30 JUL 2019</u> () Ignorado
NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR - VEH		
INVESTIGAÇÃO SIM () NÃO () AGRADO: <u>Acidente</u> RESPONSÁVEL: <u></u>		

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/03/2020 09:39:02

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:	08/08/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIVACY PIRES FERNANDES LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000073159-6

Nr. da Autenticação 9C5028A05224D99E

