Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

16/03/2020

Número: **0007570-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **10/02/2020**
Valor da causa: **R$ 10.968,25**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (AUTOR)	**ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59287979	16/03/2020 10:01	2701784_CONTESTACAO_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 22ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00075700520208172001

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 **MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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 **12/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 08/08/2019.

Cumpre 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$ 2,531.25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015[2].

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, CPC[3].

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$ 2,531.25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190597505 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA **Data do acidente:** 12/07/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do processo coronoide do cotovelo direito.
Descrição do exame físico: Ao exame, vitima com bloqueio articular importante do cotovelo direito, apresenta limitação severa dos movimentos da flexão (90 graus), extensão (140 graus) do cotovelo direito
Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 20 dias.
Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo direito
Sequelas: Com sequela
Data do exame físico: 08/11/2019
Conduta mantida:
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 cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
		Total	**18,75 %**	**R$ 2.531,25**

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

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

> ***"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."***

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, 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 ressalvar 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$ 2,531.25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **12/07/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R$ 2,531.25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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 parciais[4].

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ[5].

---

[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."

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$ 2,531.25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

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 pátrios[6], 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.

---

[6] *"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO 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).*

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[7].

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[8]

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 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 horários 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.

---

[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.

Requer a produção de prova pericial nos termos do covênio 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 expresso 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, 3 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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.

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 **MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA**, em curso perante **a 22ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00075700520208172001.

Rio de Janeiro, 3 de março 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

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

16/03/2020

Número: **0007570-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **10/02/2020**
Valor da causa: **R$ 10.968,25**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (AUTOR)	**ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59287980	16/03/2020 10:01	anexo 1	Outros (Documento)

CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica - Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco

Av. João de Barros, 111 - Recife - PE

CNPJ 10.835.932/0001-08 - Inscr. Est. 18.1.001.0094243 - www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DASGRAÇAS PEREIRA

CPF: 082.293.[illegible]-96

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

[illegible]

CLASSIFICAÇÃO

01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4005850873	07/2019

DATA DE VENCIMENTO	DATA PARA DEBITO BANCÁRIO
01/08/2019	22/08/2019

TOTAL A PAGAR (R$): 17,36

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
276745713	UNICA	25/07/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO LOTE	Nº DA INSTALAÇÃO
29/07/2019	20011447[illegible]	1502982

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

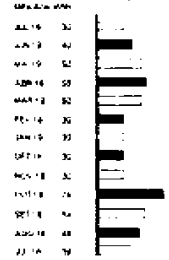
	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo (kWh)	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Adesão no Banco de Horas AMARELA			[illegible]
ICMS Subvenção CDE-NF 0811[illegible]			[illegible]
Bônus TARIFA [illegible]			[illegible]

TOTAL DA FATURA: 17,36

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TARIFAS APLICADAS

RESERVADO AO FISCO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	VALOR ANUAL (HORAS)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
FIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
DMIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%) MÍNIMO	MÁXIMO
[illegible]	[illegible]	[illegible]

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
4005850873	07/2019	01/08/2019	17,36

83800000000-9 17360071004-6 00585087310-0 14087897583-2

Seguradora LÍDER

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[1] 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 Rafael Roberto Mangalheira dos Santos

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.710.344-50 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marcílio José de Souza Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.260.674-94

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marcílio José de Souza Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.260.674-94, 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 da 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: Rua José Cursino		Número: 472	Complemento:
Bairro: Maurício de Nassau	Cidade: Caruaru	Estado: PE	CEP: 55012-190
E-mail:			Tel. (DDD): (81) 9974-8990

Local e Data: Caruaru/PE, 01/10/2019

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

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 indenização do 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[1] 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 Rafael Roberto Mangalheira dos Santos

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.710.344-50 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marcílio José de Souza Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.260.674-94

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marcílio José de Souza Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.260.674-94, 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 da 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: Rua José Cursino		Número: 472	Complemento:
Bairro: Mauricio de Nassau	Cidade: Caruaru	Estado: PE	CEP: 55012-190
E-mail:			Tel. (DDD): (81) 9974-8990

Local e Data: Caruaru/PE, 01/10/2019

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Pernambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Hospital Infantil Maria Lucinda
Fundação Manoel da Silva Almeida

Nome: 317231-MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA	Idade: 35a 9m	Nascimento: 19/09/1983	Data do Atendimento: 12/07/2019
Sexo: MASCULINO	Contatos: - / 81-986532524		Prontuário: 00317231
			Nº Atendimento: 01372355
			Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGI
Mãe: SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA	Endereço: RUA ALMIRANTE BARROSO , 85 - CAMPO GRANDE - RECIFE/ PE - CEP: 52040090		Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

RELATO DE ACIDENTE D EMOTO COM DOR EM COTOVELO DIRIETO., NEGA OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO:

ECG15
EDEMA, SEM CREPITAÇAO ,SEM LIMITAÇAOD A ADM (PRONOSSUPINAÇAO LIVRE, FLEXOEXTENSÃO LIVRE)
BOA PERFUSÃO DISTAL, NEUROLOGICO PRESERVADO

DIAGNÓSTICO:

CONTUSÃO EM COTOVELO DIREITO

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **UPA CAXANGA - (SUS BH)**

Data e hora retirada da senha: 2019-07-12 19:35:10

Nome Paciente:	MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA
Cód. Paciente:	317231
Data de Nascimento:	19/09/1983
Sexo:	Masculino
Idade:	35
Senha:	OR0043
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1322355
SAME:	

Período: 2019-07-12 19:35:10 - 2019-07-12 19:39:50

Prioridade:	[redacted]
Cor:	[redacted] AMARELO
Alergia(s):	- NEGA - OK
Queixa Principal:	PACIENTE TRAZIDO PELO CB, APÓS COLISÃO MOTO-MOTO, COM TRAUMA EM COTOVELO DIREITO. NEGA TCE
Observação:	HAS - DM - OCORRENCIA- 1271432
Fluxograma sintoma:	TRAUMA MODERADO
Discriminador(es):	- DOR MODERADA
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG - P.A.DISTOLICA: 90.00 MM/HG - TEMPERATURA(C): 36.50 C°

Alergias Atuais do Paciente

Substância	Observação
- NEGA - OK	

Acolhido(a) por: KLEYTON ASSIS BARROS DE ARAUJO - COREN: 466089 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-07-19 10:41:55

Pernambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Hospital Infantil Maria Lucinda
Fundação Menino do Sino Almeida

Nome: 317231-MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA
Idade: 35a 9m
Nascimento: 19/09/1963
Sexo: MASCULINO
Contatos: - / 81-986532524
Mãe: SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA
Endereço: RUA ALMIRANTE BARROSO , 85 - CAMPO GRANDE - RECIFE/ PE - CEP: 52040090

Data do Atendimento: 12/07/2019
Prontuário: 00317231
Nº Atendimento: 01322355
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Conduta:

RX NAO VIUALIZO FRATURA OU LUXAÇÃO
ORIENTO RETORNO SE EPRSISTIR SINTOMAS

MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA

UPA CAXANGA UPA24h

EXAME RADIOLÓGICO

Código Paciente: 317231

Nome Paciente

MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Data Nascimento: 19/09/1983 Sexo: Masculino

Atendimento: 1324813

Data Atendimento: 20/07/2019

Pedido: 278053

Data do Pedido: 20/07/2019 15:38:00

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 22/08/2019 15:08

Atendimento: 322071 Entrada: 22/08/2019 Hora 07:49
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsavel:
Medico Resp: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Recepcionista: ADRIANA VIEIRA
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 706709528492212

Paciente: 1623892 MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA
Nascimento: 19/09/1983 (35 Anos e 11 Meses)
Endereco: RUA ALMIRANTE BARROSO
Bairro: PADRE ROMA C.E.P.: 54100-200
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES
Pai: MARCELO ARAUJO DE LIMA
Mãe: SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 05126067494
Identidade: 6454429 - SDS - PE
Telefone: / 986532524
G.Instrução:
Ocupação: SERVICOS GERAIS
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 25/07/2019 - 17:20

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

Queixa do paciente:
RELATA ACIDENTE DE MOTO EM 12/07/2019
TRAZ RX DA UPA DESSA DATA E DE 20/07/2019 QUE EVIDENCIA FRATURA PROCESSO CORONOIDE

Exame físico:
ADM PRESERVADA, POREM COM DOR
EDEMA MODERADO DE COTOVELO DIREITO

Hipótese diagnóstica:

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checagem
01 -		
02 -	**GESSO AP**	
03 -	**RETORNO 15D**	
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: *(Enfermagem/Imobilização)* **COMANDA:**

Hospital ...
Serviço de ...
Fonoaudiologia

HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletronico do Paciente **Emissão: 22/08/2019 15:08**

Atendimento:	322071 Entrada: 22/08/2019 Hora: 07:49	Recepcionista	ADRIANA VIEIRA
Plano:	SUS ESTADO - URGENCIA	Matricula	
Responsavel:		Identidade	
Médico Resp:	RENATA HIRSCHLE GALINDO	C N S	706709528492212

Paciente	1623892 MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA	Sexo:	MASCULINO Cor: PARDA
Nascimento	19/09/1983 (35 Anos e 11 Meses)	Estado Civil	CASADO
Endereco	RUA ALMIRANTE BARROSO	C.P.F.	05126067494
Bairro	PADRE ROMA C.E.P 54100-200	Identidade	6454429 - SDS - PE
Cidade	2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES	Telefone.	: 986532524
Pai:	MARCELO ARAUJO DE LIMA	G Instrução:	
Mãe.	SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA	Ocupação:	SERVICOS GERAIS
Nacionalidade	BRASIL	Naturalidade:	RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 08/08/2019 - 08:35

CONSULTA NA URGENCIA (Dr RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

Queixa do paciente:
fratura coronoide conservador em 12/07/2019

Exame físico:
retiro gesso
adm P-S COMPLETA; LIMITAÇAO DE EXTENSAO DE 40%
rx hoje - fratura consolidada

Hipótese diagnóstica:

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checagem
01 -	**FISIO 20**	
02 -	**LAUDO INSS**	
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: *(Enfermagem/Imobilização)* **COMANDA:**

UBTM

Armindo Moura

Nome: **MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA** [illegible]

Nº de Admissão:319555

Data Nascimento: 19/09/1983 35 Anos e 10 Meses SEXO: M

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 25/07/2019

Serviço: 000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

RETORNO 08/08/2019 QUINTA-FEIRA 07H
RETIRAR GESSO E FAZER RX DE COTOVELO AO CHEGAR

Dra. Renata Hirschle
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19748
TEOT 11435

Relatório Emitido Eletrônicamente

Data: 25/07/2019 as 17:23

Dr. (a)RENATA HIRSCHLE GALINDO

CRM

UBTM

Armindo Moura

Nome: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA **Nº de Admissão:319555**

Data Nascimento: 19/09/1983 35 Anos e 10 Meses SEXO: M **PAINEL:**

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia **Data da Admissão: 25/07/2019**

Serviço: 000 - Pronto Atendimento **Hora da Admissão:**

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que **MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA** compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência

CID 10 S52.1

( ) **Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).**

(X) **Necessitando de 15 (QUINZE) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.**

( ) **Como acompanhante.**

( ) **Outros.**

Eu autorizo a colocação do CID-10 __MSD IMOBILIZADO__ _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84 resulação CFM 1190/84 e Medida Provisoria 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho

Relatório Emitido Eletrônicamente

Data: 25/07/2019 as 17:24

Dra. Renata Hirschle
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19749
TEOT 14435

Dr. (a)RENATA HIRSCHLE GALINDO

CRM:

UBTM

Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (1623892)
Data Nascimento: 19/09/1983 35 Anos e 10 Meses SEXO: M

Nº de Admissão:320721
PAINEL: [redacted]
Data da Admissão: 08/08/2019
Hora da Admissão:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia
Serviço: 000 - Pronto Atendimento

[redacted]

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE EM 12/07/2019 (DE ACORDO COM DATA DE RX DA UPA), APRESENTANDO FRATURA PROCESSO CORONOIDE. COMPARECEU A ESTA UNIDADE, PELA PRIMEIRA VEZ, EM 25/07/2019 COM FRATURA AINDA NAO CONSOLIDADA. REALIZADO IMOBILIZAÇAO GESSADA E ORIENTADO RETORNO COM 15 DIAS.

HOJE, AO EXAME, EVOLUI COM DOR IMPORTANTE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM PRONOSSUPINAÇAO COMPLETA DE COTOVELO DIREITO, PORÉM APENAS 60% DE FLEXO-EXTENSAO.

CID = S520

Relatório Emitido Eletrônicamente
Data: 08/08/2019 as 08:41

Dr. (a)RENATA HIRSCHLE GALINDO
CRM:

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: /2019 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 12/04/2019

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: [illegible] Fabio José de Souza Lima

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:
Fratura de cotovelo direito
Rocepto comando

DADOS OBTIDOS E TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):
[illegible] Conservador + Imobilização
[illegible]
Fisioterapia ± 20 sessões

ACIDENTE: ( ) SIM ( ) NÃO

EXISTE CASO DE DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ( ) SIM (X) NÃO
CASO SIM, QUAL?

COM [illegible] EZ PODE-SE CONCLUIR QUE
[illegible] RARIA PORTANTO PASSÍVEL DE REC[illegible] SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRA[illegible]
[illegible] ZE [illegible] MENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

G[illegible] CIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
[illegible] Membro superior direito ± 60%
[illegible] Perda funcional MSD
[illegible] Perda funcional MSD

AF[illegible] TU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 09/10/19 A [illegible] E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

DATA 09/10/2019 ASSINATURA E CARIMBO

João Ricardo Pontes Perruci
CRM - 7142
Ortopedia/Traumatologia

João Ricardo Pontes Perruci
CRM - 7142
Ortopedia/Traumatologia

Pernambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Hospital Infantil Maria Lucinda
Fundação Manoel de Abreu

Nome: 317231-MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA	Idade: 35a 9m	Nascimento: 19/09/1983	Data do Atendimento: 12/07/2019
Sexo: MASCULINO	Contatos: - / 81-986532524		Prontuário: 00317231
			Nº Atendimento: 01322355
			Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGI
Mãe: SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA	Endereço: RUA ALMIRANTE BARROSO , 85 - CAMPO GRANDE - RECIFE/ PE - CEP: 52040090		Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

RELATO DE ACIDENTE D EMOTO COM DOR EM COTOVELO DIREITO.; NEGA OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO:

ECG15
EDEMA, SEM CREPITAÇAO ,SEM LIMITAÇAOD A ADM (PRONOSSUPINAÇAO LIVRE, FLEXOEXTENSÃO LIVRE)
BOA PERFUSÃO DISTAL, NEUROLOGICO PRESERVADO

DIAGNÓSTICO:

CONTUSAO EM COTOVELO DIREITO

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **UPA CAXANGA - (SUS BH)**

Data e hora retirada da senha: 2019-07-12 19:35:10

Nome Paciente:	MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA
Cód. Paciente:	317231
Data de Nascimento:	19/09/1983
Sexo:	Masculino
Idade:	35
Senha:	OR0043
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1322355
SAME:	

Período: 2019-07-12 19:35:10 - 2019-07-12 19:39:50

Prioridade:	[redacted]
Cor:	[redacted] AMARELO
Alergia(s):	- NEGA - OK
Queixa Principal:	PACIENTE TRAZIDO PELO CB, APÓS COLISÃO MOTO-MOTO, COM TRAUMA EM COTOVELO DIREITO. NEGA TCE
Observação:	HAS - DM - OCORRENCIA- 1271432
Fluxograma sintoma:	TRAUMA MODERADO
Discriminador(es):	- DOR MODERADA
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG - P.A.DISTOLICA: 90.00 MM/HG - TEMPERATURA(C): 36.50 C°

Alergias Atuais do Paciente

Substância	Observação
- NEGA - OK	

Acolhido(a) por: KLEYTON ASSIS BARROS DE ARAUJO - COREN: 466089 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-07-19 10:41:55

Pernambuco

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Hospital Infantil Maria Lucinda
Fundação Manoel de Souza Almeida

Nome: 317231-MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA	Idade: 35a 9m	Nascimento: 19/09/1983	Data do Atendimento: 12/07/2019
Sexo: MASCULINO	Contatos: - / 81-986532524		Prontuário: 00317231
			Nº Atendimento: 01322355
			Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Mãe: SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA	Endereço: RUA ALMIRANTE BARROSO , 85 - CAMPO GRANDE - RECIFE/ PE - CEP: 52040090		Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Conduta:

RX NAO VIUALIZO FRATURA OU LUXAÇÃO
ORIENTO RETORNO SE EPRSISTIR SINTOMAS

MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA

UPA CAXANGÁ UPA24h

EXAME RADIOLÓGICO

Código Paciente: 317231

Nome Paciente:

MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Data Nascimento: 19/09/1983 Sexo: Masculino

Atendimento: 1324813

Data Atendimento: 20/07/2019

Pedido: 278053

Data do Pedido: 20/07/2019 15:38:00

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 22/08/2019 15:08

Atendimento: 322071 Entrada: 22/08/2019 Hora: 07:49
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsavel:
Médico Resp: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Recepcionista: ADRIANA VIEIRA
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 706709528492212

Paciente: 1623892 MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA
Nascimento: 19/09/1983 (35 Anos e 11 Meses)
Endereco: RUA ALMIRANTE BARROSO
Bairro: PADRE ROMA C.E.P.: 54100-200
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES
Pai: MARCELO ARAUJO DE LIMA
Mãe: SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 05125067494
Identidade: 6454429 - SDS - PE
Telefone: / 986532524
G.Instrução:
Ocupação: SERVICOS GERAIS
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 25/07/2019 - 17:20

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

Queixa do paciente:
RELATA ACIDENTE DE MOTO EM 12/07/2019
TRAZ RX DA UPA DESSA DATA E DE 20/07/2019 QUE EVIDENCIA FRATURA PROCESSO CORONOIDE

Exame físico:
ADM PRESERVADA, POREM COM DOR
EDEMA MODERADO DE COTOVELO DIREITO

Hipótese diagnóstica:

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checagem
01 -		
02 -	GESSO AP	
03 -	RETORNO 15D	
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: *(Enfermagem/Imobilização)* **COMANDA:**

Hospital Municipal
S.A
Serviço de Arquivo Médico
Fundação ...

HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletronico do Paciente **Emissão: 22/08/2019 15:08**

Atendimento:	322071 Entrada: 22/08/2019 Hora: 07:49	Recepcionista:	ADRIANA VIEIRA
Plano:	SUS ESTADO - URGENCIA	Matricula.	
Responsavel:		Identidade:	
Médico Resp:	RENATA HIRSCHLE GALINDO	C.N.S.	706709528492212

Paciente:	1623892 MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA	Sexo	MASCULINO Cor: PARDA
Nascimento:	19/09/1983 (35 Anos e 11 Meses)	Estado Civil:	CASADO
Endereco.	RUA ALMIRANTE BARROSO	C.P.F.	05126057494
Bairro.	PADRE ROMA C.E.P.: 54100-200	Identidade.	6454429 - SDS - PE
Cidade.	2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES	Telefone.	/ 986532524
Pai:	MARCELO ARAUJO DE LIMA	G.Instrução:	
Mãe:	SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA	Ocupação.	SERVICOS GERAIS
Nacionalidade:	BRASIL	Naturalidade:	RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 08/08/2019 - 08:35

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

Queixa do paciente:
fratura coronoide conservador em 12/07/2019

Exame fisico:
retiro gesso
adm P-S COMPLETA; LIMITAÇAO DE EXTENSAO DE 40%
rx hoje - fratura consolidada

Hipótese diagnóstica:

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checagem
01 -	**FISIO 20**	
02 -	**LAUDO INSS**	
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: *(Enfermagem/Imobilização)* **COMANDA:**

hospital ... S...
Serviço de Arquivo ... estatistica
Fone: (81 ...

UBTM

Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (167-862)
Nº do Admissão: 319555
Data Nascimento: 19/09/1983 35 Anos e 10 Meses SEXO: M
PAINEL:
Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia
Data da Admissão: 25/07/2019
Serviço: 000 - Pronto Atendimento
Hora da Admissão:

RETORNO 08/08/2019 QUINTA-FEIRA 07H
RETIRAR GESSO E FAZER RX DE COTOVELO AO CHEGAR

Dra. Renata Hirschle
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19748
TEOT 14435

Relatório Emitido Eletrônicamente
Data: 25/07/2019 as 17:23

Dr. (a)RENATA HIRSCHLE GALINDO
CRM-

UBTM

Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (1623891) Nº de Admissão:319555
Data Nascimento: 19/09/1983 35 Anos e 10 Meses SEXO: M PAINEL:
Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia Data da Admissão: 25/07/2019
Serviço: 000 - Pronto Atendimento Hora da Admissão:

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que **MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA** compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência

CID 10: S52.1

( ) **Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).**

(X) **Necessitando de 15 (QUINZE) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.**

( ) **Como acompanhante.**

( ) **Outros.**

Eu autorizo a colocação do CID-10 __MSD IMOBILIZADO_____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84.resulação CFM 1190/84 e Medida Provisoria 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletrônicamente
Data: 25/07/2019 as 17:24

Dra. Renata Hirschle
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19749
TEOT 14435

Dr. (a)RENATA HIRSCHLE GALINDO
CRM:

UBTM

Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nº de Admissão:320721

Nome: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (1623892)

Data Nascimento: 19/09/1983 35 Anos e 10 Meses SEXO: M PAINEL: [redacted]

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia Data da Admissão: 08/08/2019

Serviço: 000 - Pronto Atendimento Hora da Admissão:

[redacted]

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA FOI VITIMA DE ACIDENTE EM 12/07/2019 (DE ACORDO COM DATA DE RX DA UPA), APRESENTANDO FRATURA PROCESSO CORONOIDE. COMPARECEU A ESTA UNIDADE, PELA PRIMEIRA VEZ, EM 25/07/2019 COM FRATURA AINDA NAO CONSOLIDADA. REALIZADO IMOBILIZAÇAO GESSADA E ORIENTADO RETORNO COM 15 DIAS.

HOJE, AO EXAME, EVOLUI COM DOR IMPORTANTE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM PRONOSSUPINAÇAO COMPLETA DE COTOVELO DIREITO, PORÉM APENAS 60% DE FLEXO-EXTENSAO.

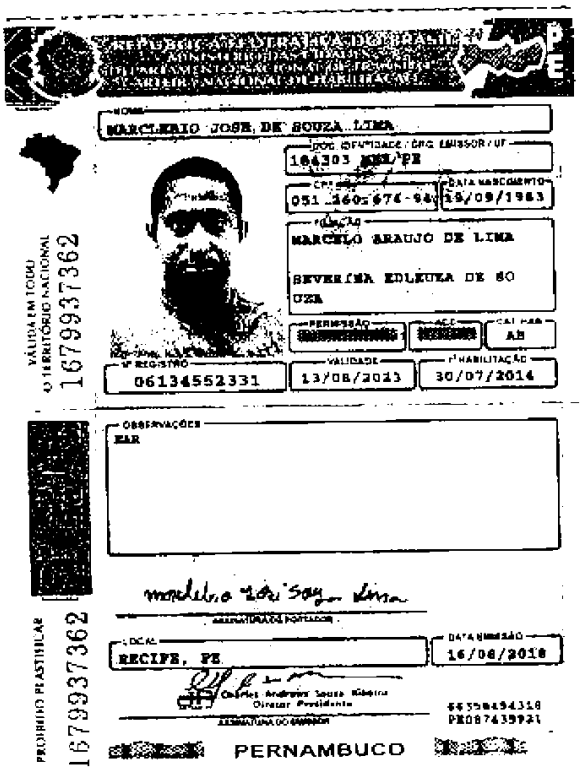
CID = S520

Relatório Emitido Eletrônicamente

Data: 08/08/2019 as 08:41

Dr. (a)RENATA HIRSCHLE GALINDO

CRM:



NOME
MARCELHIO JOSE DE SOUZA LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
184303 SSP/PE

CPF
051.160.674-94

DATA NASCIMENTO
19/09/1983

FILIAÇÃO
MARCELO ARAUJO DE LIMA
BEVERLINA EDLEUZA DE SO
UZA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06134552331

VALIDADE
13/08/2013

1ª HABILITAÇÃO
30/07/2014

OBSERVAÇÕES
EAR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
16/08/2018

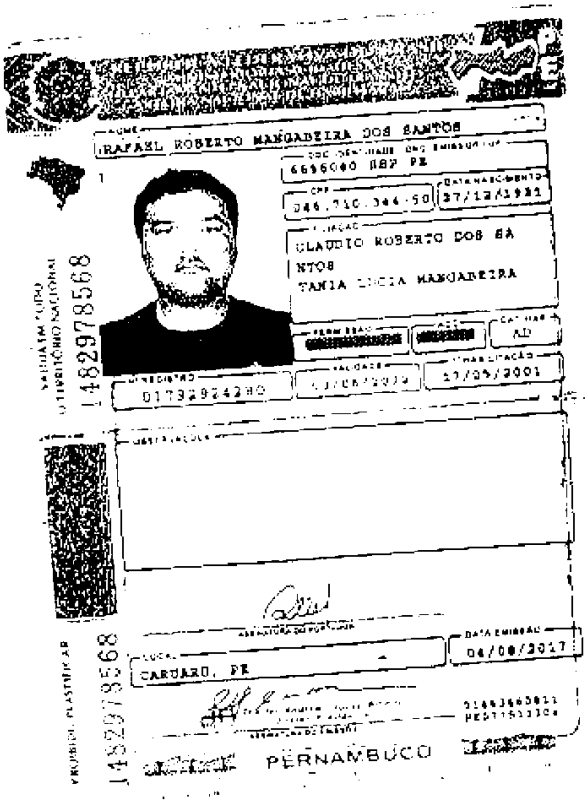
Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

PE087435921

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1679937362

PROIBIDO PLASTIFICAR
1679937362



NOME
RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE ORG. EMISSOR/UF
6696040 SDS PE

CPF
046.710.344-50

DATA NASCIMENTO
27/12/1981

FILIAÇÃO
CLAUDIO ROBERTO DOS SA
NTOS
TANIA LUCIA MANGABEIRA

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO
1482978568

CATEGORIA
AD

NÚMERO DO REGISTRO
01732924280

VALIDADE
[illegible]

1ª HABILITAÇÃO
27/05/2001

OBSERVAÇÕES

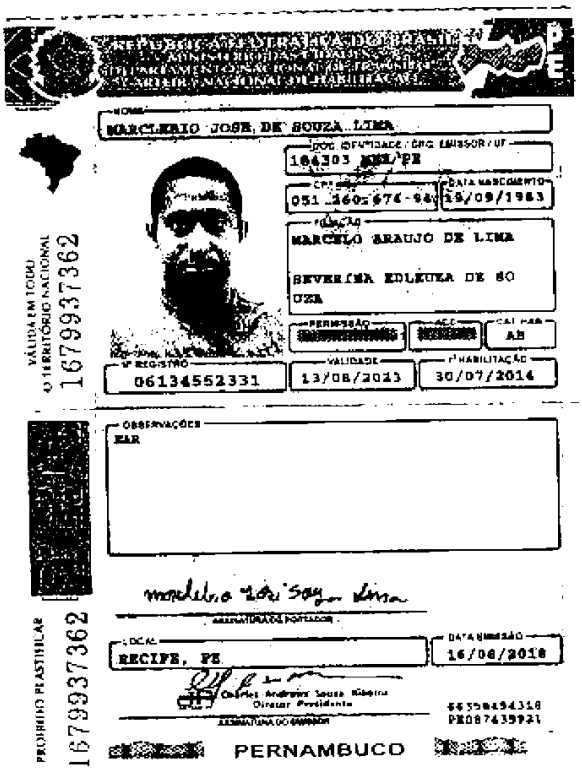
ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO
04/08/2017

LOCAL
CARUARU, PE

ASSINATURA DO DIRETOR

PERNAMBUCO



NOME
MARCELHIO JOSE DE SOUZA LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
164303 SSP/PE

CPF
051.160.674-94

DATA NASCIMENTO
19/09/1983

FILIAÇÃO
MARCELO ARAUJO DE LIMA
BEVERLINA EDLEUZA DE SO
UZA

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06134552331

VALIDADE
13/08/2013

1ª HABILITAÇÃO
30/07/2014

OBSERVAÇÕES
EAR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
16/08/2018

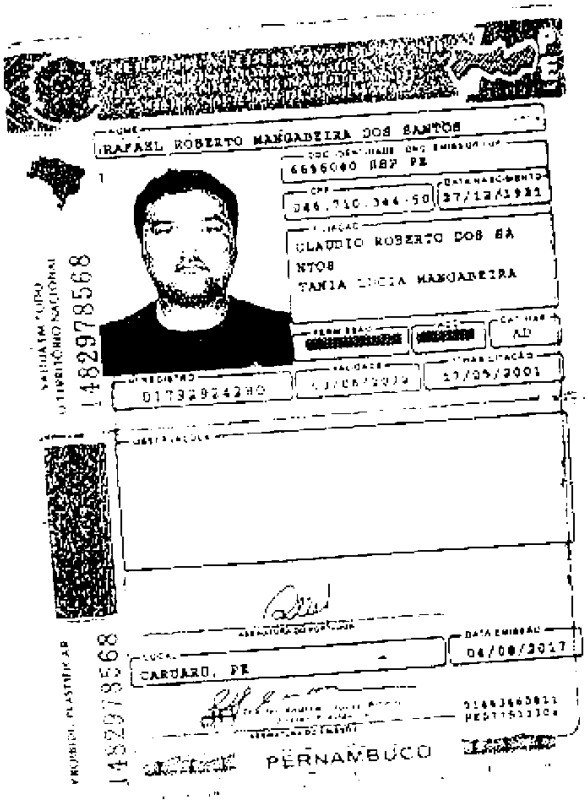
Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

PE087435921

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1679937362

PROIBIDO PLASTIFICAR
1679937362



NOME
RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE ORG. EMISSOR/UF
6696040 SDS PE

CPF
046.710.344-50

DATA NASCIMENTO
27/12/1981

FILIAÇÃO
CLAUDIO ROBERTO DOS SA
NTOS
TANIA LUCIA MANGABEIRA

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO
1482978568

NÚMERO DO REGISTRO
01732924280

VALIDADE
[illegible]

1ª HABILITAÇÃO
27/05/2001

OBSERVAÇÕES
AD

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARUARU, PE

DATA EMISSÃO
04/08/2017

ASSINATURA DO DIRETOR

PERNAMBUCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014488442966

NOME

MANOELINETO JOSE DE SOUZA

PLACA

CAPACIDADE

CARROCERIA

CATEGORIA

ESPÉCIE

MODELO

ANO MODELO

ANO FABRICAÇÃO

COR

COMBUSTÍVEL

1ª
2ª
3ª

I
P
V
A

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

DATA

DIRETOR VEÍC.

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014488442966 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MANOELINETO JOSE DE SOUZA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

CPF

PREMIO TARIFARIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTACADO E GUARDADO O BILHETE ERRADO NÃO VALE PARA O SEGURO OBRIGATORIO.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190597505 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA **Data do acidente:** 12/07/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do processo coronoide do cotovelo direito.

Descrição do exame físico: Ao exame, vitima com bloqueio articular importante do cotovelo direito, apresenta limitação severa dos movimentos da flexão (90 graus), extensão (140 graus) do cotovelo direito

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 20 dias.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/11/2019

Conduta mantida:

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 cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
		Total	**18,75 %**	**R$ 2.531,25**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342936/19

Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Data do acidente: 12/07/2019

CPF: 051.260.674-94

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS : 046.710.344-50

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

MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA : 051.260.674-94

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: 03/10/2019
Nome: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 046.710.344-50

RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Marcelino José de Souza Lima

DATA DO ACIDENTE 12/07/2019 CPF DA VÍTIMA 051.260.674-94

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Rafael Roberto Mangueira dos Santos

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua João Cursino

Nº 772 COMPLEMENTO BAIRRO Maurício de Nassau

CIDADE Caruaru UF PE CEP 55012190

E-MAIL TELEFONE (81) 9 9174 8990

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- **MORTE = R$ 13.500,00**
- **INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.**
- **DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.**

- **O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA**
- **COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO**
- **PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/10/19

IDENTIDADE 6656040

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 03/10/19

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190597505 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA **Data do acidente:** 12/07/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (PÁG.6)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @(PÁG.1)
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Marcílio José de Souza Lima

Id: 1.84303 HEX PE **CPF:** 051.260.674-94

End: Trav. 1 de Novembro, 85 - A, Quadro, Jaboatão dos Guararapes/PE

Outorgado: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

Id: 6.656.040 SSP/PE **CPF:** 046.710.344-50

End: RUA JOÃO CURSINO, 772, MAURICIO DE NASSAU, CARUARU/PE.

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente, poderes específicos para representar, assinar, requerer e receber documentos (médicos, prontuários, fichas hospitalares, declarações, etc...), mantidos sob posse e guarda, perante quaisquer Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Corpo de Bombeiro, SAMU e Delegacias de todo o território nacional, em especial para requerer o seguro DPVAT.

Jaboatão dos Guararapes PE, 08 de agosto de 2019.

1º DISTRITO

Marcílio José Souza Lima

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço por autenticidade a firma indicada de MARCILIO JOSE SOUZA LIMA, lançada em minha presença. Dou fé.
Jaboatão dos Guararapes, 08 de agosto de 2019.
Em testemunho da verdade.
Adriana Maria de Lima Santana (Oficial)
Valor Total R$ 4,91
Válido somente com o selo 0075861.FVE07201901.01619

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DO 1º DISTRITO DO JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
Rua Alberto Barreto, 15 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - PE - Fone: (81) 3481-9939 - 3481-5266
CEP: 54110-000 - E-mail: cartorio.jaboatao@hotmail.com
Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS 1º DISTRITO JABOATÃO DOS GUARARAPES

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Marcílio José de Souza Lima

Id: 1.84303 HEX PE **CPF:** 051.260.674-94

End: Trav. 1 de Novembro, 85 - A, Quadro, Jaboatão dos Guararapes/PE

Outorgado: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

Id: 6.656.040 SSP/PE **CPF:** 046.710.344-50

End: RUA JOÃO CURSINO, 772, MAURICIO DE NASSAU, CARUARU/PE.

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente, poderes específicos para representar, assinar, requerer e receber documentos (médicos, prontuários, fichas hospitalares, declarações, etc...), mantidos sob posse e guarda, perante quaisquer Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Corpo de Bombeiro, SAMU e Delegacias de todo o território nacional, em especial para requerer o seguro DPVAT.

Jaboatão dos Guararapes PE, 08 de agosto de 2019.

1º DISTRITO

Marcílio José Souza Lima

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço por autenticidade a firma indicada de MARCILEBIO JOSE SOUZA LIMA, lançada em minha presença. Dou fé.
Jaboatão dos Guararapes, 08 de agosto de 2019.
Em testemunho da verdade.
Adriana Maria de Lima Santana (Oficial)
Valor Total R$ 4,91
Válido somente com o selo 0075861.FVE07201901.01619

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DO 1º DISTRITO DO JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
Rua Alberto Barreto, 15 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - PE - Fone: (81) 3481-9939 - 3481-5266
CEP: 54110-000 - E-mail: cartorio.jaboatao@hotmail.com
Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS 1º DISTRITO JABOATÃO DOS GUARARAPES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368249/19

Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Data do acidente: 12/07/2019

CPF: 051.260.674-94

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS : 046.710.344-50

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

MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA : 051.260.674-94

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: 22/10/2019
Nome: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 046.710.344-50

RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342936/19

Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Data do acidente: 12/07/2019

CPF: 051.260.674-94

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS : 046.710.344-50

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

MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA : 051.260.674-94

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: 03/10/2019
Nome: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 046.710.344-50

RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: ***3190597505***
Nome do(a) Examinado(a): ***MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA***
Endereço do(a) Examinado(a):
TV 1 15 DE NOVEMBRO , 85 - Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP 54100-212
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***sds /PE***] ***6454429***
Data e local do acidente: [***12/07/2019***] ***Jaboatão dos Guararapes, PE***
Data e local do exame: [***08/11/2019***] ***Recife*** [***PE***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.
Fratura do processo coronoide do cotovelo direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.
Ao exame, vitima com bloqueio articular importante do cotovelo direito, apresenta limitação severa dos movimentos da flexão (90 graus), extensão (140 graus) do cotovelo direito

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
[***X***] Sim [ ] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Submetido a tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 20 dias.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?
[***X***] Sim [ ] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Limitação funcional do cotovelo direito

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Cotovelo direito
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190597505 **Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA**

Data do Acidente: 12/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCLEBIO JOSE DE SOUZA 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

Pag. 00473/00474 - carta_01 - INVALIDEZ

00100237

Carta nº 15002085

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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190597505 **Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA**

Data do Acidente: 12/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

00080757 Pag. 01513/01514 - carta_02 - INVALIDEZ

Carta nº 15038311

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, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190597505 **Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA**

Data do Acidente: 12/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190597505 **Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA**

Data do Acidente: 12/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

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$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R$ 2.531,25

Recebedor: **MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA**
Valor: **R$ 2.531,25**
Banco: **104**
Agência: **000001294**
Conta: **0000052769-0**
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. 01965/01966 - carta_30 - INVALIDEZ

00020983

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LIDER

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: Testemunhas: | 3 - CPF da vítima: 051.260.674-94 | 4 - Nome completo da vítima: Marcelino José de Souza Lima

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Marcelino José de Souza Lima
6 - CPF: 051.260.674-94
7 - Profissão: Recusou
8 - Endereço: Rua 15 de Novembro
9 - Número: 85
10 - Complemento: A
11 - Bairro: Quadro
12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes
13 - Estado: PE
14 - CEP: 54100-212
15 - E-mail:
16 - Tel (DDD): (81) 9774-8990

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)

AGÊNCIA: 1294 (informar o dígito se existir) **CONTA:** 52769 - 0 (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: (informar o dígito se existir) **CONTA:** (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jaboatão/PE 01/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Marcelino José de Souza Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

LIDE 001 V003/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LIDER

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: Testemunhas: | 3 - CPF da vítima: 051.260.674-94 | 4 - Nome completo da vítima: Marcelino José de Souza Lima

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Marcelino José de Souza Lima
6 - CPF: 051.260.674-94
7 - Profissão: recusou
8 - Endereço: Rua. 15 de Novembro
9 - Número: 85
10 - Complemento: A
11 - Bairro: Quadro
12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes
13 - Estado: PE
14 - CEP: 54100-212
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): (81) 9774-8990

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)

AGÊNCIA: 1294 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 52769 0 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (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 é devido, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jaboatão/PE 01/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Marcelino José de Souza Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

LIDE 001 V003/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LIDER

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: Testemunhas: | 3 - CPF da vítima: 051.260.674-94 | 4 - Nome completo da vítima: Marcelino José de Souza Lima

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Marcelino José de Souza Lima
6 - CPF: 051.260.674-94
7 - Profissão: recusou
8 - Endereço: Rua. 1 15 de Novembro
9 - Número: 85
10 - Complemento: A
11 - Bairro: Quadro
12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes
13 - Estado: PE
14 - CEP: 54100-212
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): (81) 9774-8990

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)

AGÊNCIA: 1294 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 52769 0 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (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 é devido, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jaboatão/PE 01/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Marcelino José de Souza Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

LIDE 001 V003/2019

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES - DP20ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0110002602

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/08/2019** às **10:49**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **12/7/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ENGENHO VELHO (BAIRRO), 01** - Bairro: **ENGENHO VELHO** - **JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CURVA DO CARANGUEIJO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TERCEIRO (AUTOR \ AGENTE)
MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): TERCEIRO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

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

MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA** Pai: **MARCELO ARAUJO DE LIMA** Data de Nascimento: **19/9/1983** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6454429/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2°. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares
- **986532524**

Endereço Residencial: **RUA ALMIRANTE BARROSO, 30 - CEP: 55000-000 - Bairro: SOCORRO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 150 UBS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGU7230** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C6KE122090074135**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

MOTO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **TERCEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TERCEIRO**
Categoria/Marca/Modelo **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido **Não**
Quantidade **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTUNAOD A MOTOCICLETA SENTIDO JABOATAO CENTRO QUANDO NA CURVA DO CARANGUEIJO EM ENGENHO VELHO UMA MOTOCICLETA ATRAVESSOU A VIA NAO DANDO TEMPO DA VITIMA FREIAR E ATINGINDO-A. A VITIMA CAIU AO CHAO E FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS E LEVADO A UPA DA CAXANGA COM FRATURA NO COTOVELO DIREITO.

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

MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO ALBERTO BORGES BIVAR** - Matricula: **221047-9**

Polícia Civil de Pernambuco
Delegacia de Polícia da 2ª Circunscrição
Matrícula 221047-9

8/8/2019, 10:39 AM

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES - DP20ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0110002602

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/08/2019** às **10:49**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **12/7/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ENGENHO VELHO (BAIRRO), 01** - Bairro: **ENGENHO VELHO** - **JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CURVA DO CARANGUEIJO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TERCEIRO (AUTOR \ AGENTE)
MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): TERCEIRO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

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

MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA** Pai: **MARCELO ARAUJO DE LIMA** Data de Nascimento: **19/9/1983** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6454429/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2°. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares
- **986532524**

Endereço Residencial: **RUA ALMIRANTE BARROSO, 30 - CEP: 55000-000 - Bairro: SOCORRO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 150 UBS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGU7230** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C6KE122090074135**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

MOTO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **TERCEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TERCEIRO**
Categoria/Marca/Modelo **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido **Não**
Quantidade **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTUNAOD A MOTOCICLETA SENTIDO JABOATAO CENTRO QUANDO NA CURVA DO CARANGUEIJO EM ENGENHO VELHO UMA MOTOCICLETA ATRAVESSOU A VIA NAO DANDO TEMPO DA VITIMA FREIAR E ATINGINDO-A. A VITIMA CAIU AO CHAO E FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS E LEVADO A UPA DA CAXANGA COM FRATURA NO COTOVELO DIREITO.

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

MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO ALBERTO BORGES BIVAR** - Matricula: **221047-9**

Polícia Civil de Pernambuco
Delegacia de Polícia da 2ª Circunscrição
Matrícula 221047-9

8/8/2019, 10:39 AM

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LIDER

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: Testemunhas: | 3 - CPF da vítima: 051.260.674-94 | 4 - Nome completo da vítima: Marcelino José de Souza Lima

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Marcelino José de Souza Lima
6 - CPF: 051.260.674-94
7 - Profissão: recusou
8 - Endereço: Rua. 15 de Novembro
9 - Número: 85
10 - Complemento: A
11 - Bairro: Quadro
12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes
13 - Estado: PE
14 - CEP: 54100-212
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): (81) 9774-8990

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)

AGÊNCIA: 1294 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 52769 0 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (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 é devido, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jaboatão/PE 01/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Marcelino José de Souza Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

LIDE 001 V003/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LIDER

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: Testemunhas: | 3 - CPF da vítima: 051.260.674-94 | 4 - Nome completo da vítima: Marcelino José de Souza Lima

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Marcelino José de Souza Lima
6 - CPF: 051.260.674-94
7 - Profissão: recusou
8 - Endereço: Rua. 1 15 de Novembro
9 - Número: 85
10 - Complemento: A
11 - Bairro: Quadra
12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes
13 - Estado: PE
14 - CEP: 54100-212
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): (81) 9774-8990

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)
AGÊNCIA: 1294 (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 52769 0 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) **CONTA:** (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 é danos, desde já e somente após a efetivação do crédito quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jaboatão/PE 01/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Marcelino José de Souza Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

LIDE 001 V003/2019

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000804 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA, 35 anos, BRASILEIRO (a), SOLTEIRO(a), RG nº 6454429 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 051.260.674-94, residente à RUA ALMIRANTE BARROSO , nº 30, , PADRE ROMA, JABOATAO -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 12/07/2019, por volta das 18:15 hs, no endereço: A. GOVERNADOR MANOEL RABELO, S/N, ENGENHO VELHO JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA YAMAHA AZUL KGU7230-PE ; MOTOCICLETA HONDA PRETA PDG1209-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA, inscrito sob o CPF nº 051.260.674-94 e Registro Geral ° 6454429, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 707324-0 CARNEIRO. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário nº XX. Ficou aos cuidados do médico MARCELO CORREIA, registro 19647. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 26/08/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site http://www.cbm.pe.gov.br/ , consultar protocolo nº 2019APH000804

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000804 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA, 35 anos, BRASILEIRO (a), SOLTEIRO(a), RG nº 6454429 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 051.260.674-94, residente à RUA ALMIRANTE BARROSO , nº 30, , PADRE ROMA, JABOATAO -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 12/07/2019, por volta das 18:15 hs, no endereço: A. GOVERNADOR MANOEL RABELO, S/N, ENGENHO VELHO JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA YAMAHA AZUL KGU7230-PE ; MOTOCICLETA HONDA PRETA PDG1209-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA, inscrito sob o CPF nº 051.260.674-94 e Registro Geral ° 6454429, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 707324-0 CARNEIRO. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário nº XX. Ficou aos cuidados do médico MARCELO CORREIA, registro 19647. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 26/08/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site http://www.cbm.pe.gov.br/ , consultar protocolo nº 2019APH000804

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01294

CONTA: 000000052769-0

Nr. da Autenticação 672AD9D728B6CA84

CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica - Criada pela Lei 10.438, de 26-04-02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco

Av. João de Barros, 111 - Recife - PE

CNPJ 10.835.932/0001-08 - Inscr. Est. 18.1.001.0094-93 - www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DASGRAÇAS PEREIRA

CPF 082.293.[illegible]-96

CLASSIFICAÇÃO

01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

[illegible]

Nº da Nota Fiscal	Série	Emissão
276745713	UNICA	23/07/2019

Apresentação	Nº do Medidor	Nº da Instalação
23/07/2019	20011447[illegible]	1502982

Conta Contrato	Mês/Ano
4005850873	07/2019

Data de Vencimento	Data Apresentação Última Leitura
01/08/2019	22/08/2019

Total a Pagar (R$): 17,36

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

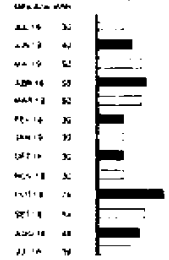
	Quantidade	Preço (R$)	Valor (R$)
Consumo Kwh(kWh)	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Adesão ao Bandeira AMARELA			[illegible]
ICMS Subvenção CDE-NF 0811[illegible]			[illegible]
Bandeira TARIFA [illegible]			[illegible]

TOTAL DA FATURA 17,36

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO - 1ª NOTA FISCAL

Nº do Medidor	Tipo da Função	Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Nº de Dias	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
[illegible]	[illegible]	24/06/2019	[illegible]	23/07/2019	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TARIFAS APLICADAS

RESERVADO AO FISCO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	Valor Apurado	Limite Mensal	Limite Trimestral	Limite Anual
DIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
FIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
DMIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

NÍVEIS DE TENSÃO

Tensão Nominal (V)	Limite de Variação (%) Mínimo	Máximo
[illegible]	[illegible]	[illegible]

Conta Contrato 4005850873 | Mês/Ano 07/2019 | Data de Vencimento 01/08/2019 | Total a Pagar (R$) 17,36

83800000000-9 17360071004-6 00585087310-0 14087897583-2