



Número: **0000377-72.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **16/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.256,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE JOSELIO RAMOS (AUTOR)		MONICA CECILIA FERREIRA FAUSTINO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59158 758	12/03/2020 13:51	2702382_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TRIUNFO/PE

Processo: 00003777220198173520

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 **JOSE JOSELIO RAMOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **14/10/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **30/10/2018**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **14/10/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

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



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

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

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

⁸ art. 1º. (...)

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



CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TRIUNFO, 5 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

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

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

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

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

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

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



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/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 **JOSE JOSELIO RAMOS**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **TRIUNFO**, nos autos do Processo nº 00003777220198173520.

Rio de Janeiro, 5 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

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





Número: **0000377-72.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **16/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.256,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE JOSELIO RAMOS (AUTOR)		MONICA CECILIA FERREIRA FAUSTINO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59158759	12/03/2020 13:51	ANEXO 1	Outros (Documento)

DADOS DO CLIENTE
JOSE LUIS MARQUES DE SOUZA
RG-0878800082-MT-PE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AGOSTINHO NUNES MACHALHAES 59

CPF: 082 694 484-19

N SA DA PENHA/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA FE
58073-530

CLASSIFICACAO
EX COMERCIAL
COMPRON

030051425	UNCA	141112810
1411127010	2082761808	3875-803

CODIGO CONTRATO	FECHA
4009422398	11/2018
FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE PAGAMENTO PROXIMA ESPERA
22/11/2018	17/12/2018
TOTAL A PAGAR POR:	239,41

	Quantidade	Preço unit.	Valor (R\$)
Composto Resina(MMA)			100,50
Acrescimo Bandeira AMARELA	271,0000000	0,73645882	1,99
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,00
Custo Item Publicidade			20,00
ICMS Substituição-COE-4F 030777882-04009118			1,50

TOTAL DA FATURAS

23941

DEMONSTRATIVO DE CONTABILIDADE FISCAL								
GRUPO EMPRESA SUBEMPRESA	TÍTULOS FUNÇÃO C/F	ANEXO I		ANEXO II		EXERCÍCIO	AJUSTE	CONTABILIZADO (R\$)
		DATA	LEI Nº	DATA	LEI Nº			
		10-10-1966	2.324/66	10-11-1966	21.646/66	72	1.000,00	371,00

[illegible]

OTIS 4021 FACE PLATE 12274 THE JEND

[illegible][illegible]

ATENÇÃO: A CÉLULA INFORMARÁ OS NOVOS POSIÇÕES COMO ABERTO

Year 2000	Change 1999-2000	Year 2001	Change 2000-2001	Year 2002	Change 2001-2002
--------------	---------------------	--------------	---------------------	--------------	---------------------

Einzelne oder mehrere dieser Aufgaben können auch von anderen Personen übernommen werden, wenn dies im Interesse der Organisation liegt. Die Aufgabenverteilung sollte regelmäßig überprüft werden, um sicherzustellen, dass alle Aufgaben ordnungsgemäß erledigt werden.

	1990	1991	1992	1993
1990	1.00	1.00	1.00	1.00
1991	1.00	1.00	1.00	1.00
1992	1.00	1.00	1.00	1.00
1993	1.00	1.00	1.00	1.00

1994年12月 2000年12月 2006年12月 2012年12月 2018年12月

**STRENGTHENING THE
ECONOMY**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CREDITO
CONFECCION: 11-11-2018

03 567 208

Gente Sagunado S.A.
Av. Ros Barba, 245-14
Reinde - PE

DATE RECEIVED	DATE	DATE RECEIVED	TOTAL & PAID IN
10/27/2018	10/27/2018	22/10/2018	239.41

8398000002-0 99410011034.2 00942239810-2 15142179833-3



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.203.184 / 16 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE JOSELIO RAMOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.373.324 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura AVULSO da Vítima JOSE JOSELIO RAMOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.373.324 / 01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

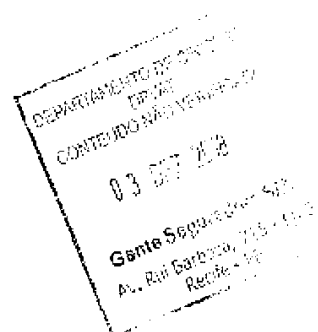
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
<u>RUA AGOSTINHO NUNES DE MACHADO</u>		<u>58</u>	<u>1º ANDAR</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>ROSSO SENHORA DA PENHA</u>	<u>SERRA TALHADA</u>	<u>PE</u>	<u>56.303-510</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>JOAQUIM.NETO.167@GMAIL.COM</u>	<u>(81) 93346 7128</u>		<u>(81) 936460348</u>

SERRA TALHADA - PE 22 de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

Joachim Marques de Lima Neto
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANDREA LUCIA NUNES CABRAL,

RG nº _____, data de expedição 1/1/11,

Órgão _____, portador do CPF nº 865.713.704-62, com

domicílio na cidade de _____, no Estado de

_____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

_____, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima JOSE JOSELIO RAMOS, cujo o condutor era

JOSE JOSELIO RAMOS.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: YAMAHA /FACTOR YBR 125 K

Ano: 2011

Placa: PEL 5441

Chassi: 9CC KE1 520 C 00 78103

Data do Acidente: 14/10/2018

Local e Data: SERRA TALHADA-PE, 01/11/2018

Andrea Lucia Nunes Cabral
Assinatura do Declarante

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

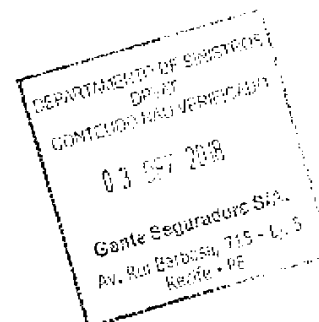


CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS
RUA DO COMÉRCIO, 100 - JARDIM SÃO CARLOS - RECIFE - PE
FONE: (51) 3222-1111 - FAX: (51) 3222-1112
E-MAIL: cun@cartoriope.com.br - www.cartoriope.com.br



Recebido: Por Autenticidade a firma de ANDREA LUCIA NUNES CABRAL em 10/11/2018 e do FAVELASTA de verdade. Substituição: ELIVANEIDE MENDES DE OLIVEIRA. E-mail: FAVELASTA@GMAIL.COM. Fone: (51) 3222-1111. Total: R\$ 19,00 (dezoito reais).

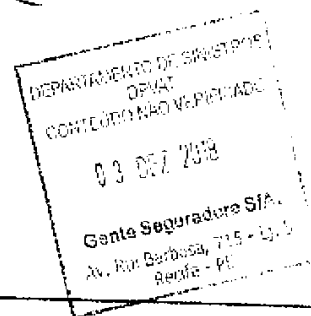
Assinado eletronicamente em: 12/03/2020 13:51:39





PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 14/10/18 01:25		Nº. Ocorrência: 68
Nome: José Paulo Barros		Data Nascimento:
Profissão:	Sexo: M	Doc. Ident.:
End.: Rua Teodoro Silva, 100, Triunfo - PE		
Responsável:		
End.Fone: 3 8407 9885		
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Agressão ☐ Consulta ☐		
Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:
Histórico e Exame Físico: ESC Medley 12/10/18 MOMI		
Tratamento: - Volem an - Oxigeno 10L - Analgesia		
Impressão Diagnóstica: p.d. Tremor de M		
Destino do Paciente Removido para Hospital	Residência ☐	Internado ☐ Transferido ☐
Óbito às horas do dia		
Médico - Carimbo e CRM: Dr. Antônio Eduardo de Melo CRM 9065 CPF: 106.284.974-68		



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº:

65.

Data: 15.10.2018

Hora: 10:33

Nome: Jose Gervasio Ramos

Nome Social:

Profissão:

Nascimento: 07.08.88

Sexo: m

Estado Civil:

Escolaridade:

Responsável:

Mãe: Edinete Gervasio Ramos

Endereço:

Bairro: C. Tr

Município:

Fone: 9-8836.5242

Cartão SUS:

RG/CPF:

Raça/Cor:

Branca

Preta

Parda

Amarela

Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

TRAUMA ANTÉRO-POST. HÁ JATA
NÃO ACIDENTE MOTO

PA:

Pulso:

HGT:

T:

SpO2:

Peso:

Glasgow

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

DEFORMIDADE, DOR E LIMITAÇÃO
ATB @

Tratamento:

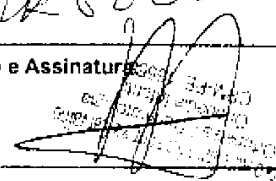
RX ANTÉRO-POST. @
TAX/ANOT. BETA APF
AO HOSP. SÃO VICENTE
PI TIO CEFALGIA

DEPARTAMENTO DE EMBELOS
DIPAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
03 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - L. 5
Recife - PE

Hipótese Diagnóstica:

FRAT-UNAESE ATB @

Carimbo e Assinatura:



pac. em lista ortopédica.





(81) 8836-5242 / 8842-3124

HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Serra Talhada - FUSAM/SUS/PE

Nome:

JOSE JOSEZO RAMOS

AO HOSP. SÃO VICENTE 11/11
232

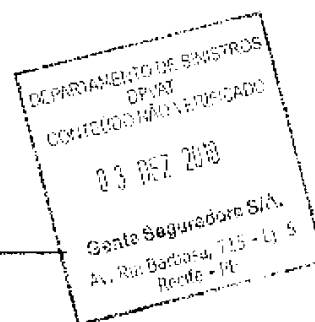
Adx: TCAT - UXACOS GUAUDES
ANDRÉO ①

- ① DIETA LIPÍDICA
- ② DIETONA 100g ③ 6/6 LITROS
- ④ HEMOGAMA / COAGULO GRAMA
- ⑤ STW + CCGG ^{colheito} 23/10 _{tra}

Data:

15/10/18

Médico - CRM





Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

Jose Luis Barrios

8 - Nº DO PROCTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO

07/08/1988

10 - SEXO

11 - RAÇA/COR

12 - NOME DA MÃE

Edvante Josefa Barrios

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

879 91883 65247

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Almeida Magalhães N: 163

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Cruz da Baixa Verde

16 - COD. IGBE/MUNICÍPIO

2612471

17 - UF

PE

18 - CEP

556295000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor no peito, falta de ar, tosse, febre, dor no abdômen, náusea, vômito, diarreia, dor no membro superior esquerdo.

20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de Trat. Ref. Card.

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

Rx pulmão e abdômen.

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA LUXAÇÃO ANTEROPOSTERIOR

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
03/07/2018
Gente Seguros S/A
Av. Rui Barbosa, 114 - 11º S
Recife - PE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Reparo Cirúrgico

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020450

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESEMPREGADO

47 - APOSENTADO

48 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - COD. ORGÃO EMissor

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - DOCUMENTO

53 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - CNES

55 - CPF

56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

57 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior

CPF: 122.214-15 CRM: 8603

26124710509634-8
12
02
22/10/2018



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	DATA DA SOLICITAÇÃO: 15/10/2018 13:25
MEDICO SOLICITANTE: PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 16558

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: JOSÉ JOSELIO RAMOS	Nº DO PRONTUÁRIO: 498342
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 07/08/1988
SEXO: Masculino	TELEFONE DE CONTATO:
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: EDVANETE JOSEFA RAMOS	ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO): AGAMENON MAGALHAES, 163, CENTRO
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE	COD. IBGE MUNICIPAL: 2612471
UF: PE	CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: FRAT.COM FRATURA LUXAÇÃO DO ANTEBRAÇO DIREITO		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RAIO X		
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO		
CID 10 PRIMÁRIO:	CID 10 SECUNDÁRIO:	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO: DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	DATA DE AUTORIZAÇÃO:
CLÍNICA:	DATA DE SOLICITAÇÃO:
CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	DATA DE SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	DATA DE SOLICITAÇÃO:
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:	DATA DE SOLICITAÇÃO:

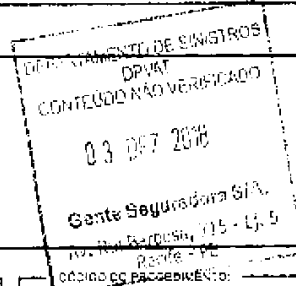
EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:	DATA DE AUTORIZAÇÃO:
TPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:
MÉDICO AUTORIZADOR:	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	DATA DA SOLICITAÇÃO:
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
COD. ORGÃO EMISSOR:	DATA DA SOLICITAÇÃO:

ESCLARECIMENTOS



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA





Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 22/10/2018		Atendimento: 0002718		Quarto/leito: 203 / 1	
Paciente: 00023353 - JOSE JOSELINO RAMOS					
Data Nasc: 07/08/1988		Idade: 30 Anos		Sexo: Masculino	
Estado Civil: Solteiro		Profissão:		Naturalidade: SERRA TALHADA	
Nacionalidade: BRASILEIRO		Nome Pai:		Nome Mãe: EDVANETE JOSEFA RAMOS	
Endereço: RUA AGAMENON MAGALHAES, 163 - CENTRO - SANTA CRUZ DA B - PE					
Telefones: () / () / (87) 9883.65242					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Trânsito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()					
Suicídio () Casual () Outros ()					
Nome Acompanhante:					
Telefone de Contato: ()					
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:					
<i>Doença Aguda, com MS</i> <i>de febre, dor no peito, tosse</i> <i>de sangue, febre, dor</i> <i>de cabeça, febre, dor</i> <i>de costas (MS)</i>					
Diagnóstico Inicial:					
<i>FRATURA + UNÇÃO ANTIBIÓTICO</i>					
SADT:					
Diagnóstico Final:					
<i>Fratura + Infecção antibiótica</i>					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada (X)		Descrição Médica (X)			
Inalterado ()		Alta a Pedido ()			
Piorando ()		Transferência ()			
Óbito + 48h ()		Evasão ()			
Óbito - 48h ()		Indisciplina ()			
Obito em ____/____/____		Data do Internamento: <i>22, 10, 18</i>			
Hora: ____:____		Data da Alta: <i>24, 10, 18</i>			
		Local: _____			
		<i>[Assinatura]</i>			
		Médico Responsável			



2ª. Série

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

Placa de 3.5 x 3.5 cm
Ms D, fechada face dorsal
prelacionada e placa de 3.5 x 3.5 cm
por placas, placas fixas
de facetas. Redução e
osteotomia alveolar.

Placa de 3.5 x 3.5 cm
de 2. vertical 3.5
sutura por placas e placas
e placa fechada

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Cirurgião





Hospital São Vicente

Data Atend: 22/10/2018	Atendimento: 0002718	Quarto/leito: 203 / 1
Paciente: 00023353 - JOSE JOSELINO RAMOS		
Cirurgia Realizado: <i>Redução de fratura fratura luxação humeroumeral</i>	N. do Procedimento: <i>0408020458</i>	
Data: <i>23/10/18</i>	Início:	Término
Cirurgião: <i>Adolfo</i>		
Auxiliar: <i>Antônio</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Luciano</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Sal. hum. Lm, Art. B. Ms D, fratura de face R. de pele de face de face. Placa por placa, placa de de face. Redução e ostiotomia alveolar. Placa de 3.5 x 0.7 cm de p. vertical 3.5 sutura por placa e sutura e de face de face</i>		



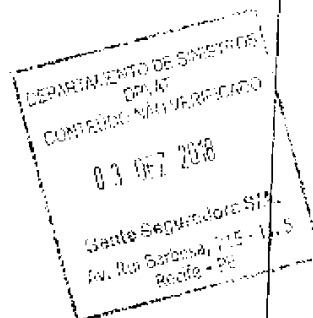


Hospital São Vicente

Rua Inocêncio Gomes de Andrada, 503
Centro - Telefone: (87) 3831-1847
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

José Joséline Ramos

Paciente portador de fratura-luxação
em antebraço direito e de luxação em
polegar direito, foi submetido a procedi-
mento cirúrgico estando inapte ao
Trabalho por noventa (90) dias.



24/10/18



JOSE JOSELIO RAMOS

086-879-124-01 **07/09/1988**

ELON ROBERTO RAMOS

EDVANETE JOSELYA RAMOS

04941391583 **23/04/2023** **13/09/2010**

09/05/2018

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1566755190

PROIBIDO PLASTIFICAR
1566755190

DEPARTAMENTO DE CÍVIL
CONTENDO NÃO VERIFICADO
03 DEZ 2018
Gente Segurança S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

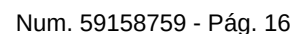




DEPARTAMENTO DE SERVIDOS
DPM-1
CONTROLE E VERIFICACAO
03/07/2020
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115 - 11.º S.
Recife - PE



DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA
CONTROLE NACIONAL DE DROGAS
03 DEZ 2008
Gente Seguradora S/A.
Av. Rio Barbosa, 715 - 11.º B.
Bertão - RJ



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180566960

Cidade: Triunfo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE JOSELIO RAMOS

Data do acidente: 14/10/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO (GALEAZZI).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUIERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180566960

Cidade: Triunfo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE JOSELIO RAMOS

Data do acidente: 14/10/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO (GALEAZZI).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE JOSELIO RAMOS**

Nº Sinistro: **3180566960**
Vítima: **JOSE JOSELIO RAMOS**
Data do Acidente: **14/10/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180566960**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13683267

Pag. 00091/00092 - carta_01 - INVALIDEZ

00020046



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

086.379.324-07

Nome completo da vítima:

JOSE JOSELIO RAMOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VITIMIZADA/BENEFICIÁRIO (CIRCULAR EUSEP Nº 045/2012)

Nome completo:

JOSE JOSELIO RAMOS

Profissão:

MOTORISTA

Endereço:

RUA CEZARIO RAMOS COSTA

Bairro:

ROSARIO

Cidade:

TRIUNFO

CPF:

086.379.324-07

Número:

32

Complemento:

CASA

E-mail:

JOAOVIM.NETO163@GMAIL.COM

CEP:

36870-000

Tel (DDD):

(31) 338767128

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐

ATÉ R\$1.000,00

☐

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO NA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0586

0

CONTA:

561908

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não interpor recurso 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

03 DEZ 2018

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, 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.

Assinatura

Digito da

vítima ou

beneficiário

ou do representante

ou do procurador

Local e Data,

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do documento, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018





Bradesco

Dia & Noite

BON - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Poupanca

Data: 22/11/2018 Term: 062186 N.Trans: 3788
Hora: 12:54

Valor:

Favorecido:

Banco: 237

Agencia: 0588 / SERRA TALHADA

Conta: 0561900-4

Titular 1: JOSE JOSELIO RAMOS

Sujeito a conferencia.

O deposito realizado durante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

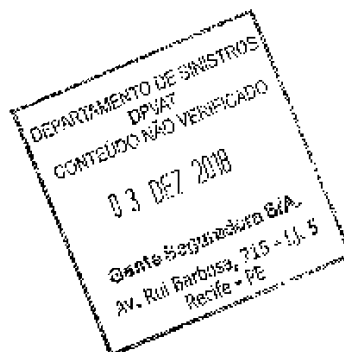
Após o expediente bancario e aos sabados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia util subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talao de cheques em segundos,
Sem pedir no balcao,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha uma boa tarde





489800
0435798/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 181ª CIRCUNSCRICAO - TRIUNFO -
DP181ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0271000360**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/10/2018** às
12:43

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **14/10/2018** às **01:26**

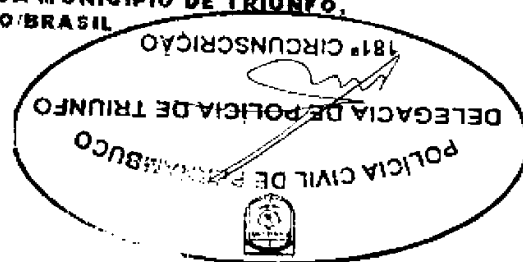
Fato ocorrido no endereço: **PE-365, CAFE DO BREJO -**
TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO,**
1 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR VAGENTE)
JOSE JOSELIO RAMOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO, (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **JOSE JOSELIO RAMOS**



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

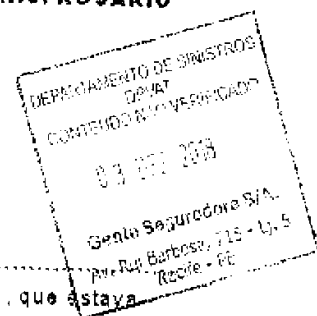
JOSE JOSELIO RAMOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDVANETE**
JOSEFA RAMOS Pai: **ELIO ROBERTO RAMOS** Data de Nascimento: **7/8/1988** Nacionalidade:
SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: **7127817/SSP/PE (RG),**
08637932401 (CPF), 04941391553 (CNH) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU**
COMPLETO Profissão: **MOTORISTA**
Endereço Residencial: **RUA CEZARIO RAMOS DA COSTA, 92, C - CEP: 0 - Bairro: ROSARIO**
- TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante - Cargo do Representante - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial - Telefone de Contato -

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE JOSELIO RAMOS**, que estava
em posse do(a) Sr(a): **JOSE JOSELIO RAMOS**



30/10/2018 12:38



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR 125 K** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PE15441** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **429725201** Classe: **904KE1530C0073108**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **MATRICULADA EM NOME DE ANDREA LUCIA NUNES CABRAL**

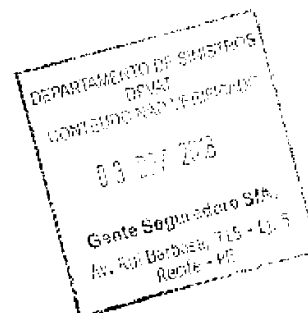
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE JOSE JOSELIO RAMOS, INFORMANDO QUE CONDUZIA A MENCIONADA MOTOCICLETA, E AO PASSAR SOBRE UMA LOMBADA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO CAIR AO SOLO, VINDO FRATURAR O ANTE BRAÇO DIREITO E LUXAÇÃO NO POLEGAR DIREITO, SENDO SOCORRIDO PELO MOTORISTA DA AMBULANCIA, PARA A UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS.

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

JOSE JOSELIO RAMOS
(VITIMA)

S.O. registrado por: **FRANCISCO ROBERTO LIMA** - Matrícula: **208478-3**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

086.313.324-01

Nome completo da vítima:

JOSE JOSELIO RAMOS

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

Nome completo:

JOSE JOSELIO RAMOS

Profissão:

MOTORISTA

Endereço:

RUA CEARÃO RAMOS COSTA

Bairro:

ROSARIO

Cidade:

IRINEO

Estado:

PE

CPF:

086.313.324-01

Número:

92

Complemento:

CASA

CEP:

56810-000

Tel. (DDD):

(81) 388767128

E-mail:

JOSEJOSELIO.NETO@GMAIL.COM

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0586

0

CONTA:

561908

4

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

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.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

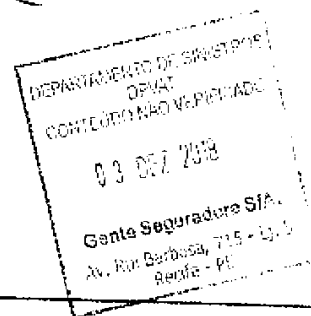
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 14/10/18 01:25		Nº. Ocorrência: 68
Nome: José Paulo Barros		Data Nascimento:
Profissão:	Sexo: M	Doc. Ident.:
End.: Rua Trunfo, S. 1000, Triunfo - PE		
Responsável:		
End.Fone: 3 8407 9885		
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Agressão ☐ Consulta ☐		
Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:
Histórico e Exame Físico: ESC Medley 12/10/18 MOMI		
Tratamento: - Volem an - Dispersão com - Anestesia		
Impressão Diagnóstica: p. de Trunfo		
Destino do Paciente Removido para Hospital	Residência ☐	Internado ☐ Transferido ☐
Óbito às horas do dia		
Médico - Carimbo e CRM: Dr. Antônio Eduardo de Melo CRM 9065 CPF: 106.284.974-68		



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JOSELIO RAMOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000561908-4

Nr. Autenticação

BRADESCO1112201805000000000023700586000000561908236250 PAGO



03 DEZ 2018
Centro Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 215 - 11.5
Rio de Janeiro - RJ

[illegible]