



Número: **0000459-06.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **26/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado                      |                |
|--------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------|----------------|
| WILSON DE REZENDE (AUTOR)                              |                    | ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)         |                |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    |                                                    |                |
| Documentos                                             |                    |                                                    |                |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                          | Tipo           |
| 59210508                                               | 13/03/2020 10:50   | <a href="#">2702459_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01</a> | Petição em PDF |



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

Processo: 00004590620198173520

**AUSÊNCIA DE COBERTURA**

**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 **WILSON DE REZENDE**, 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 **29/04/2018**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 12/05/2018.**

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora apresenta boletim médico incapaz de comprovar que o atendimento tenha decorrido do referido acidente e que também não comprova qualquer acompanhamento ou tratamento médico capaz de atestar a invalidez permanente alegada.

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



Cumpra 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\$ 843.75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta 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<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

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

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

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

#### **DA INÉPCIA DA INICIAL**

#### **DOCUMENTOS ILEGÍVEIS**

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que verifica-se a existência de documentos ilegíveis.

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

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



3180/00382 CPF - 033.389.304-29  
3180548946

SUS

9-9904-0335 9.9816 3497

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: Wilson de Regenda  
Sexo: Male Idade: 33 Cor: Branca  
Data de nascimento: 14/07/1986 Estado Civil: Solteiro  
Profissão: Professor  
Endereço: Rua Jangadeiro, 100 Município: Curitiba  
Bairro: Centro Censo: 980 7049 3183 6447  
Naturalidade: Curitiba  
Escolaridade: Analfabeto ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) Superior ( )  
Filiação: José de Regenda e Maria de Regenda  
Acompanhante: Maria de Regenda Resp. pelo preenchimento: Maria de Regenda

Ficha nº: 111  
Data: 29/01/18  
Hora: 12:57  
CPF: 033.389.304-29  
RG: 96.119.952-7  
CEP: 56.640-000  
Nº 519

MEIO DE TRANSPORTE  
Bombeiro ( ) SAMU ( ) Andando ( ) Maca ( ) Cadeira de rodas ( ) Hospital ( )  
Ambulância ( ) Auto ( ) Senha: LUPA ( ) PSF ( )  
Moto ( ) Outros: Outros ( )

PA HGT TAMP FC  
Peso: 65,00 Alérgico: Não

Antecedentes Pessoais/Familiares:  
Uso de Medicamentos:  
Situação/Queixa Principal: Dor no peito

| AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOELHIMENTO |                                                   | ENCAMINHAMENTOS                         |                                         | CLASSIFICAÇÃO                       |  |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Febre         | <input type="checkbox"/> Dificuldade de Respirar  | <input type="checkbox"/> Clínica Geral  | <input type="checkbox"/> Clínica Geral  | <input type="checkbox"/> Semelhante |  |
| <input type="checkbox"/> Náuseas       | <input type="checkbox"/> Confusão Mental          | <input type="checkbox"/> Cirurgia       | <input type="checkbox"/> Cirurgia       | <input type="checkbox"/> Acidente   |  |
| <input type="checkbox"/> Prontidão     | <input type="checkbox"/> Distúrbios Visuais       | <input type="checkbox"/> Oncologia      | <input type="checkbox"/> Oncologia      | <input type="checkbox"/> Verde      |  |
| <input type="checkbox"/> Tontura       | <input type="checkbox"/> Taquicardia              | <input type="checkbox"/> Radioterapia   | <input type="checkbox"/> Radioterapia   | <input type="checkbox"/> Amarelo    |  |
| <input type="checkbox"/> Calafrios     | <input type="checkbox"/> Paralisia e/ou paralisia | <input type="checkbox"/> Serviço Social | <input type="checkbox"/> Serviço Social | <input type="checkbox"/> Amarelo    |  |
| <input type="checkbox"/> Tontura       | <input type="checkbox"/> Tosse                    | <input type="checkbox"/> Outros         | <input type="checkbox"/> Outros         | <input type="checkbox"/> Amarelo    |  |
| <input type="checkbox"/> Convulsão     | <input type="checkbox"/> Dor local                |                                         |                                         | <input type="checkbox"/> Amarelo    |  |
| <input type="checkbox"/> Desmaio       | <input type="checkbox"/> Queixa urinária          |                                         |                                         | <input type="checkbox"/> Amarelo    |  |
| <input type="checkbox"/> Sangramento   | <input type="checkbox"/> Outras Queixas           |                                         |                                         | <input type="checkbox"/> Amarelo    |  |

Assinatura e Identificação do Médico  
Rafael Campos Dias  
Enfermeiro  
COREN-PR 335432

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto que o autor juntou aos autos documentos exigíveis totalmente ilegíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

### DO INDEFERIMENTO DA INICIAL

Destaca-se, inicialmente, a ausência de documento indispensável a propositura de qualquer demanda judicial, qual seja, o comprovante de residência.

Compulsando os autos, percebe-se que não fora juntado documento de comprovação do domicílio do autor, em clara afronta ao artigo 320, do CPC.

Ocorre, que a ausência do referido comprovante inviabiliza até mesmo a elaboração da defesa da Ré, uma vez que impossibilita a comprovação da competência territorial.

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



Diante disso, considerando o momento processual, requer a extinção da presente demanda, na forma dos artigos 321 c/c 485, I, CPC.

### **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<sup>3</sup>.

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

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

### **DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE**

#### **AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS**

A Lei que regula a indenização pleiteado pelo Autor é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

O autor apresentou sua tese de maneira simplista, pois segundo ela, bastaria informar ao juízo que a fora acometida de acidente automobilístico e sofre com dores em decorrência do sinistro.

**Em contrapartida, verifica-se na presente demanda que não há qualquer documento corroborando a suposta invalidez permanente, o autor não demonstra qualquer tratamento médico ou qualquer acompanhamento, fisioterapia ou qual atestasse que o membro não exerceria a função da mesma forma natural.**

Desta forma, sempre que um problema jurídico vai ter na indagação ou na pesquisa da causa, desponta a sua complexidade maior.

Mesmo que haja culpa e dano, não existe obrigação de reparar, se entre ambos não se estabelecer a relação causal.

Portanto, como não há nexo causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, I, da Lei Processual Civil.

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



### 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\$ 843.75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta 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 PERÍCIA MÉDICA                                                               |                                                     |  |                  |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------|
| <b>DADOS DO SINISTRO</b>                                                                |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| Número: 3180548226                                                                      | Cidade: Custódia                                    | Natureza: Invalidez Permanente                                                      |                  |                              |
| Vítima: WILSON DE REZENDE                                                               | Data do acidente: 29/04/2018                        | Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A                                                   |                  |                              |
| <b>PARECER</b>                                                                          |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA                                              |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| Descrição do exame médico pericial: LEVE LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO         |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| Resultados terapêuticos: VÍTIMA APRESENTA RADIOGRAFIA QUE EVIDENCIA FRATURA CONSOLIDADA |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO ESQUERDO                |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| Sequelae: Com sequela                                                                   |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| Data da perícia: 08/01/2019                                                             |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| Conduta mantida:                                                                        |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| Observações:                                                                            |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| Médico examinador: Andre Gustavo Ferreira de Souza                                      |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| CRM do médico: 19340                                                                    |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| UF do CRM do médico: PE                                                                 |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| <b>DANOS</b>                                                                            |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>                                                      | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>                         | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros                                           | 25 %                                                | Em grau leve - 25 %                                                                 | 6,25%            | R\$ 843,75                   |
| <b>Total</b>                                                                            |                                                     |                                                                                     | <b>6,25 %</b>    | <b>R\$ 843,75</b>            |
| <b>PRESTADOR</b>                                                                        |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA                                                         |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| Médico revisor: GALDINO LEONARDO                                                        |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| CRM do médico: 17727                                                                    |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| UF do CRM do médico: PE                                                                 |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
| Assinatura do médico:                                                                   |                                                     |                                                                                     |                  |                              |
|      |                                                     |                                                                                     |                  |                              |

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.

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



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\$ 843.75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta 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 **29/04/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 843.75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), conforme demonstrado abaixo:**

#### **BANCO DO BRASIL**

##### **COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA**

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: WILSON DE REZENDE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02446

CONTA: 000000011308-8

Nr. da Autenticação 812AAC32EDC8D48B

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



Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843.75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

<sup>4</sup> RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUEVE 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.

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





### DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>.

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

### DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

### CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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



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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



### QUESITOS DA RÉ

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

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

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando 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 graduação?

- 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 **WILSON DE REZENDE**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **TRIUNFO**, nos autos do Processo nº 00004590620198173520.

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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Número: **0000459-06.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **26/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

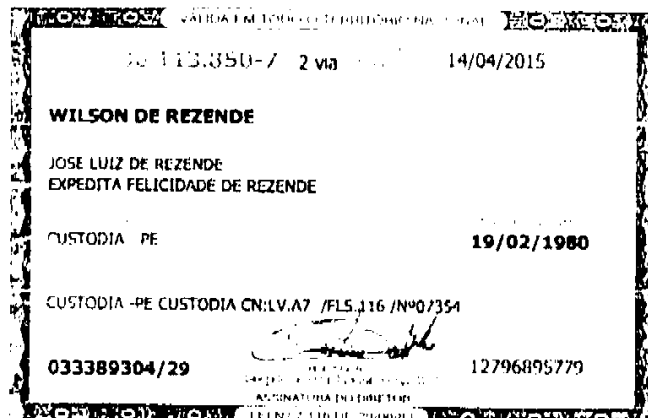
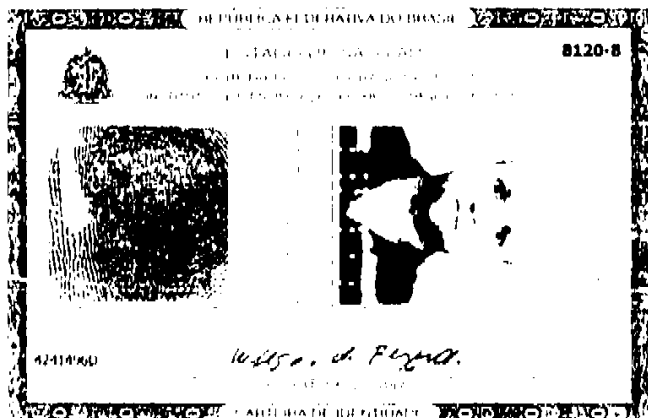
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado              |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|--------------------|
| WILSON DE REZENDE (AUTOR)                              |                    | ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    |                                            |                    |
| Documentos                                             |                    |                                            |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                  | Tipo               |
| 59210509                                               | 13/03/2020 10:50   | <a href="#">ANEXO 1</a>                    | Outros (Documento) |



EXCELSIOR SEGURO  
05 JUL 2017  
SEGURO





MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**033.389.304-29**

Nome  
**WILSON DE REZENDE**

Nascimento  
**19/02/1980**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO







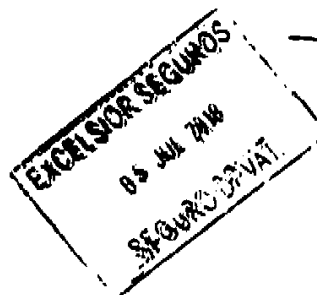


SERNA ALHADA - PE

CEP. 56.903-220

RUA. ANTONIO FOMÉ DE SOUZA. N. 523

SÃO CRISTÓVÃO



REMETENTE

GEORGE CARLOS MELO LIMA



DESTINATÁRIO: DPVAT

05 JUL 2018  
SEGURO DPVAT

A. MARQUES DE OLINDA - 175

RECIFE, ANTI GO

CEP. ~~50030-000~~

CEP 50030-000

EXCELSIOR SEGUROS



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180548226

Cidade: Custódia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WILSON DE REZENDE

Data do acidente: 29/04/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 14/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.  
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das  
sequelas:

Documentos  
complementares:

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

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                            | Em grau leve - 25 %                                           | 6,25%     | R\$ 843,75               |
| Total                                         |                                                 |                                                               | 6,25 %    | R\$ 843,75               |

### ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180548226

Cidade: Custódia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WILSON DE REZENDE

Data do acidente: 29/04/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 14/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.  
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                         |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180548226

Cidade: Custódia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WILSON DE REZENDE

Data do acidente: 29/04/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** LEVE LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA APRESENTA RADIOGRAFIA QUE EVIDENCIA FRATURA CONSOLIDADA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Gustavo Ferreira de Souza

**CRM do médico:** 19340

**UF do CRM do médico:** PE

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                         |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |

### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180548226

Cidade: Custódia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WILSON DE REZENDE

Data do acidente: 29/04/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** LEVE LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA APRESENTA RADIOGRAFIA QUE EVIDENCIA FRATURA CONSOLIDADA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Gustavo Ferreira de Souza

**CRM do médico:** 19340

**UF do CRM do médico:** PE

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                         |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |

### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **WILSON DE REZENDE**

Nº Sinistro: **3180548226**  
Vítima: **WILSON DE REZENDE**  
Data do Acidente: **29/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180548226**.

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 13636746

Pag. 01875/01876 - carta\_01 - INVALIDEZ

00010938





Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180548226

Vítima: WILSON DE REZENDE

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), WILSON DE REZENDE**

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

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou 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 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.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag: 00059/00060 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050030



Carta nº 13639226





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

Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180548226

Vítima: WILSON DE REZENDE

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01977/01978 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050989



Carta nº 13717529





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

**Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180548226**

**Vítima: WILSON DE REZENDE**

**Data do Acidente: 29/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), WILSON DE REZENDE**

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

|                  |            |
|------------------|------------|
| Multa:           | R\$ 0,00   |
| Juros:           | R\$ 0,00   |
| Total creditado: | R\$ 843,75 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**Recebedor: WILSON DE REZENDE**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000002446**

**Conta: 0000011308-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário **entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor ou o incapaz com curador). O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - Assinatura do Representante Legal).

Beneficiário **entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 - Assinatura do Beneficiário) e seu Representante Legal (campo 2 - Assinatura do Representante Legal).

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

033.389.304-29

Nome completo da vítima

WILSON DE REZENDE

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|               |                                 |        |                      |                |             |        |
|---------------|---------------------------------|--------|----------------------|----------------|-------------|--------|
| Nome completo | WILSON DE REZENDE               |        | CPF titular da conta | 033.389.304-29 | Profissão   | RETIRO |
| Endereço      | MORGANA FABRICIA DOS S OLIVEIRA |        | Número               | 210            | Complemento | CASA   |
| Bairro        | Cidade                          | Estado | CEP                  | Telefone (DDD) |             |        |
| IPAQUE        | CUSTODIA                        | PE     | 56640-000            | 33.4948.1422   |             |        |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                                                                                             |                                                        |                                                 |                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR                                                                         | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                      | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |                                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):                     |                                                        |                                                 |                                                        |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (2371) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) |                                                        |                                                 |                                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)                                                           |                                                        |                                                 |                                                        |
| AGÊNCIA                                                                                                                     | CONTA                                                  |                                                 |                                                        |
| 2446                                                                                                                        | 11903                                                  |                                                 |                                                        |
| Informar (digite as letras)                                                                                                 |                                                        | Informar (digite as letras)                     |                                                        |
| <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)                                                                   |                                                        |                                                 |                                                        |
| BANCO                                                                                                                       |                                                        |                                                 |                                                        |
| Nome                                                                                                                        |                                                        |                                                 |                                                        |
| AGÊNCIA                                                                                                                     |                                                        |                                                 |                                                        |
| Nome                                                                                                                        |                                                        |                                                 |                                                        |
| CONTA                                                                                                                       |                                                        |                                                 |                                                        |
| Número                                                                                                                      |                                                        |                                                 |                                                        |
| Informar (digite as letras)                                                                                                 |                                                        | Informar (digite as letras)                     |                                                        |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora LIDER a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CUSTODIA 12 de JULHO de 2018

Lugar e data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE 001 V02 1/2017

EXCELSIOR SEGUROS

10 JUL 2018

SEGURO DPVAT



**CAIXA**

ALTO-ATENDIMENTO At. Serra Leão  
DATA: 13/07/2018 CHAM: 2144792V  
TERMINAL: 09141010 CONTRA: 00141410R042

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2445.813.00011306-F  
NOME: WILSON DE REZENDE

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5.00

NÚMERO DO ENVELOPE: 347346356  
NÚMERO DE CONTROLE: 134434338

Movimento do dia encerrado. A confirmação do  
depósito se dará pelo lançamento do valor na  
conta do favorecido após a abertura do  
envelope no próximo dia útil e a verificação  
dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvinte da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

EXCELSIOR SEGUROS

18 JUL 2018

SEGURO DPVAT



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

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

Número do Sinistro: 3180548226  
Nome do(a) Examinado(a): Wilson de Rezende  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Morgana Fabricia dos S Oliveira, 210  
Iraque Custódia PE CEP: 56640-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SP ] 361138507  
Data local do acidente: [ 29/04/2018 ]  
Data local do exame: [ 08/01/2019 ] Serra Talhada [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO**  
**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES**  
**Data da Alta: 16/05/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**LEVE LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem seqüela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Região Corporal (Seqüela):<br/><b>OMBRO - Lado Esquerdo</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual <b>(X) 25% leve</b><br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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





## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0249000457

Complementario BO Numero: **18E0249000412**

Endereço: **RUA ADOLFO GOMES - CUSTODIA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a  
**MUNICIPIO DE CUSTODIA, 1, EM FRENTE AO COLEGIO AUXILIADORA - Bairro: REDENCAO**  
**CUSTODIA,PERNAMBUCO, BRASIL**  
 Tipo de Voto: **VIA PUBLICA**

EL GOBIERNO CUBANO AUTORA A GENTE  
 CLARAMENTE DE QUE LOS DOCTORES CUBANOS  
 ASESINARON A EL REY DE LA MONTAÑA.

Verbo (to) - (estado na operação da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **WILLSON DE FELIZ**

Verbo (to) - (estado na operação da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DE ORRILLUEGO**

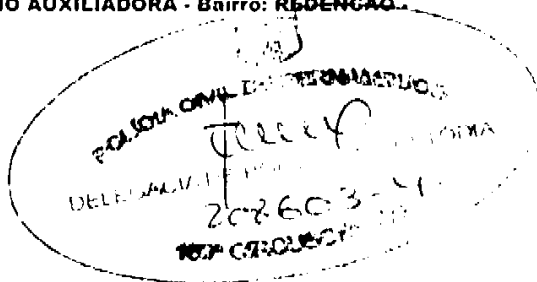
**WILSON DE REZENDE** (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **EXPEDITA FELICIDADE DE REZENDE** Filio: **JOSE LUIZ DE REZENDE** Data de Nascimento: **19/2/1980** Nacionalidade: **CUSTODIA / PERNAMBUCO** - **BRAZIL** Documento: **361138307/SSP/SP (RG) 03338930429 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones: Celulares: **87999090335**

Residência: RUA ADOLFO GOMES DE CARVALHO, PROXIMO AO COLEGIO MARIA AUXILIADORA  
CUSTODIA/PERNAMBUCO/BRASIL. Proximo a: MUNICIPIO DE CUSTODIA, 214 - CEP: 56640-000 - Bairro:  
REDENAO - CUSTODIA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO COLEGIO MARIA AUXILIADORA

**DESCONHECIDO (não presente ao plantao) - Sexo: Masculino - Nacionalidade: NÃO INFORMADO**  
**PERNAMBUCO - BRASIL**

**MARLENE DE QUEIROZ SOUZA (nao presente no plantao) - Sexo Feminino Nacionalidade NAO INFORMADO PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificacao do(s) objeto(s) envolvido(s)



12 MAY 2018 OHS ET AL.



**MOTO HONDA 160 FAN (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a) **MARLENE DE QUEIROZ SOUZA** que estava em posse do(a) Sr(a) **WILSON DE REZENDE**  
 Cadeia para Marca Modelo **MOTOCICLETA HONDA NÃO INFORMADO** Objeto apreendido **Não**  
 Cor **VERMELHA** - Quantidade **1 (UNIDADE)**

Placa **TDA3260** (PE RNAMBUCÓ/EL ORES) Renavam **113366265** Chassi **9C2KC2200JR110155**  
 Ano Fabricação Modelo **2017/2018** Combustível **ALCO/GASOL**  
 Denominação **MOTO HONDA CG 160 FAN**

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**  
 Cadeia para Marca Modelo **AUTOMOVEI NAO INFORMADO NAO INFORMADO** Objeto apreendido **Não**  
 Quantidade **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

### Complemento / Observação

CONTA O SR. WILSON DE RESENDE QUE ESTAVA SAINDO DE CASA PILOTANDO SUA MOTO NO SENTIDO DO COLEGIO MARIA AUXILIADORA QUANDO FOI SURPRIENDIDO POR OUTRA MOTO, HONDA 350 CC, VERMELHA E PRETA, EM ALTA VELOCIDADE QUE ATRAVESSOU O CRUZAMENTO SEM PARAR, O ATINGINDO PELO LADO ESQUERDO. A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE CUSTODIA ONDE FOI FEITO OS PRIMEIROS SOCORROS E IDENTIFICADO QUE SERIA NECESSITARIA UMA CIRURGIA NA CLAVICULA, QUE SERA REALIZADA NO HOSPITAL DE ARCOVERDE. FOI LIBERADO PELO HOSPITAL E VEIO ATE A DELEGACIA PARA NOTIFICAR O FATO. A VITIMA ESTA EM BOM ESTADO DE SAUDE ENCONTRANDO-SE APENAS COM A CLAVICULA FRATURADA E ALGUMAS ESCOREAÇÕES NA PERNA ESQUERDA. O IMPUTADO É CONHECIDO APENAS POR SEU APELIDIO "TOM CRUISE", TAMBÉM FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E, SEGUNDO A VITIMA, ENCONTRA-SE EM BOM ESTADO DE SAUDE. ESSE FATO PODE SER COMPROVADO POR UMA FILMAGEM FEITA PELO SOBRINHO A VITIMA, GIVANILDO DE RESENDE GOMES. A MOTO DA VITIMA FICOU COM O TANQUE DE COMBUSTIVEL ARRANHADO E A LATERAL ESQUERDA DA MOTO DANIFICADA. NÃO FOI POSSÍVEL QUALIFICAR A MOTO QUE PROVOCOU O ACIDENTE NEM OS DADOS IMPUTADO PORQUE A VITIMA ESTAVA NERVOSA E NÃO ATENTOU EM PEGAR OS DADOS.

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

  
**WILSON DE REZENDE**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por   
**FABIA MUNIZ CABRAL** Matrícula: **208603-4**



12/08/2018 08:29







## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

WILSON DE MENEZES

CPF da Vítima

033.389.304-24

Data do Acidente

29/04/2020

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

033.389.304-24

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

#### Assinalar uma das opções abaixo:

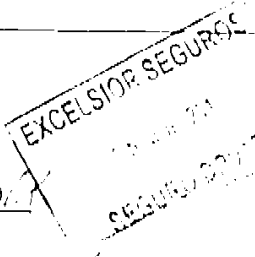
- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Postado em 23 de Novembro de 2020

Local e Data



Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Pernambuco

SUS



# FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

|                                                                                                                                                                      |                                                     |                                                                                                          |                                   |                                                          |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------|
| Nome: <u>LAURILAYNE DE OLIVEIRA</u>                                                                                                                                  |                                                     |                                                                                                          | Ficha nº: <u>01</u>               |                                                          |               |
| Sexo: <u>F</u>                                                                                                                                                       |                                                     |                                                                                                          | Data: <u>15/03/2020</u>           |                                                          |               |
| Idade: <u>15</u>                                                                                                                                                     |                                                     | Cor: <u>Branca</u>                                                                                       |                                   | Hora: <u>11:00</u>                                       |               |
| Data de nascimento: <u>15/03/1994</u>                                                                                                                                |                                                     | Estado Civil: <u>Solteira</u>                                                                            |                                   | CPF: <u>000.000.000-00</u>                               |               |
| Profissão: <u>Estudante</u>                                                                                                                                          |                                                     | Tel: <u>9999-9999</u>                                                                                    |                                   | RG: <u>000.000.000-00</u>                                |               |
| Endereço: <u>Rua da Liberdade, 123</u>                                                                                                                               |                                                     | CEP: <u>00000-000</u>                                                                                    |                                   |                                                          |               |
| Bairro: <u>Centro</u>                                                                                                                                                |                                                     | Município: <u>Pernambuco</u>                                                                             |                                   | Nº: <u>000</u>                                           |               |
| Naturalidade: <u>Recife</u>                                                                                                                                          |                                                     | CNS: <u>000.000.000.000.000</u>                                                                          |                                   |                                                          |               |
| Escolaridade: Analfabeto: <input type="checkbox"/> 1º Grau: <input checked="" type="checkbox"/> 2º Grau: <input type="checkbox"/> Superior: <input type="checkbox"/> |                                                     |                                                                                                          |                                   |                                                          |               |
| Filiação: <u>Lauro de Oliveira</u>                                                                                                                                   |                                                     | Tel: <u>9999-9999</u>                                                                                    |                                   |                                                          |               |
| Acompanhante: <u>Lauro de Oliveira</u>                                                                                                                               |                                                     | Resp. pelo preenchimento: <u>Rafael Campos D</u>                                                         |                                   |                                                          |               |
| MEIO DE TRANSPORTE                                                                                                                                                   |                                                     | ENCAMINHADO                                                                                              |                                   |                                                          |               |
| Bombardeio <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/>                                                                                                    |                                                     | Andando <input type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> |                                   | Hospital <input type="checkbox"/>                        |               |
| Ambulância <input checked="" type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/>                                                                                         |                                                     | Semha                                                                                                    |                                   | UPA <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> |               |
| Moto <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>                                                                                                        |                                                     |                                                                                                          |                                   | Outros <input type="checkbox"/>                          |               |
| PA: <u>000</u>                                                                                                                                                       | HGT: <u>150</u>                                     | TEMP: <u>36,6</u>                                                                                        | FC: <u>70</u>                     | SATO2: <u>98</u>                                         |               |
| IR: <u>000</u>                                                                                                                                                       | Peso: <u>50</u>                                     | Alergico <input type="checkbox"/>                                                                        |                                   |                                                          |               |
| Antecedentes Pessoais/Familiares:                                                                                                                                    |                                                     |                                                                                                          |                                   |                                                          |               |
| Uso de Medicamentos:                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                                          |                                   |                                                          |               |
| Situação/Queixa Principal: <u>Febre, tosse, dor de garganta</u>                                                                                                      |                                                     |                                                                                                          |                                   |                                                          |               |
| AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOGLHIMENTO                                                                                                                               |                                                     |                                                                                                          | ENCAMINHAMENTOS                   |                                                          | CLASSIFICAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> Febre                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Dificuldade de Respirar    | <input type="checkbox"/> Clínicamente                                                                    | <input type="checkbox"/> Vermelho |                                                          |               |
| <input type="checkbox"/> Vômitos                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Confusão Mental            | <input type="checkbox"/> Cirurgião                                                                       | <input type="checkbox"/> Amarelo  |                                                          |               |
| <input type="checkbox"/> Fraqueza                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Distúrbios Visuais         | <input type="checkbox"/> Ortopedista                                                                     | <input type="checkbox"/> Verde    |                                                          |               |
| <input type="checkbox"/> Fadiga                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Taquicardia                | <input type="checkbox"/> Pediatra                                                                        | <input type="checkbox"/> Azul     |                                                          |               |
| <input type="checkbox"/> Cefaleia                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Paraestesia e/ou paralisia | <input type="checkbox"/> Serviço Social                                                                  |                                   |                                                          |               |
| <input type="checkbox"/> Tontura                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Tosse                      | <input type="checkbox"/> Outros                                                                          |                                   |                                                          |               |
| <input type="checkbox"/> Convulsão                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Dor local                  |                                                                                                          |                                   |                                                          |               |
| <input type="checkbox"/> Desmaio                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Queixa urinária            |                                                                                                          |                                   |                                                          |               |
| <input type="checkbox"/> Sangramento                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Outras Queixas             |                                                                                                          |                                   |                                                          |               |
| Assinatura e Identificação do Médico                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                                          |                                   |                                                          |               |

Rafael Campos D  
Enfermeiro  
COREN-PE 3984

EXCELSIOR SEGURANÇA





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: WILSON DE REZENDE

BANCO: 104

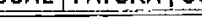
AGÊNCIA: 02446

CONTA: 000000011308-8

---

Nr. da Autenticação 812AAC32EDC8D48B



|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA      2a VIA                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| COMPANHIA ENERGÉTICA<br>DE PERNAMBUCO<br>AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,<br>RECIFE, PERNAMBUCO<br>CEP 50050-902<br>CNPJ 10.835.932/0001-08<br>INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93 | <div>  </div> <div> <p>Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02</p> <p>COMERCIAL 116   PRONTIDÃO 116</p> <p>Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142</p> <p>Ouvidoria 0800 282 5599</p> <p>Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado<br/>                 de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos</p> <p>Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL<br/>                 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis</p> </div> |

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                       |                                                                                                                                            |                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b><br><b>ROSA MARIA PEREIRA DOS SANTOS</b><br>CPF: 040.844.264-56 NIS: 16592696630                                                                                                                                                      | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><b>20/12/2018</b><br>TOTAL A PAGAR (R\$)<br><b>49,95</b> | <b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b><br>20/11/2018<br><b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b><br>20/11/2018<br><b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b><br>039788140 | <b>CONTA CONTRATO</b><br>007013224964<br><b>Nº DO CLIENTE</b><br>2001387550<br><b>Nº DA INSTALAÇÃO</b><br>0005110650 |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>CLASSIFICAÇÃO</b><br>B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS<br>Monofásico            |                                                                                                                                            |                                                                                                                      |
| <b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b><br>RUA MORGANA FABRICIA DOS S OLIVEIRA 210<br><br><b>IRAQI/CUSTODIA</b><br>56640-000 CUSTODIA PL                                                                                                                      | <b>RESERVADO AO FISCO</b><br>9EED.BC95.AE34.9351.AACB.91EA.A55B.15CD                  |                                                                                                                                            |                                                                                                                      |
| As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> |                                                                                       |                                                                                                                                            |                                                                                                                      |

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO                                | QUANTIDADE | PREÇO      | VALOR (R\$)  |
|------------------------------------------|------------|------------|--------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 30,00      | 0,18398925 | 5,51         |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  | 70,00      | 0,31541014 | 22,07        |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 13,00      | 0,47311521 | 0,15         |
| Acrescimo Bandeira AMARELA               |            |            | 0,40         |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA              |            |            | 1,23         |
| Contrib. Ilum. Publica Municipal         |            |            | 14,15        |
| Multa por atraso-NF 032258084 - 18/09/18 |            |            | 0,43         |
| Atualização IGPM-NF 032258084 - 18/09/18 |            |            | 0,01         |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |            | <b>49,95</b> |

**EXCELSIOR SEGUROS**  

21 NOV. 2018

**SEGURO DPVAT**

| Tarifas Aplicadas                        |            | HISTÓRICO DO CONSUMO |     |
|------------------------------------------|------------|----------------------|-----|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 0,17825830 | NOV 18               | 113 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  | 0,30232608 | OUT 18               | 98  |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 0,45312906 | SET 18               | 74  |
|                                          |            | AGO 18               | 47  |
|                                          |            | JUL 18               | 97  |
|                                          |            | JUN 18               | 134 |
|                                          |            | MAJ 18               | 121 |
|                                          |            | ABR 18               | 138 |
|                                          |            | MAR 18               | 123 |
|                                          |            | FEV 18               | 107 |
|                                          |            | JAN 18               | 158 |
|                                          |            | DEZ 17               | 168 |
|                                          |            | NOV 17               | 139 |

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |                  |
|-----------------------|------------------|
| KWh                   | %                |
| Gerção de Energia     | 16,35 45,28      |
| Transmissão           | 2,78 6,95        |
| Distribuição (Cabo)   | 10,98 30,15      |
| Energias Setais       | 1,55 4,30        |
| Tributos              | 1,47 4,10        |
| Perdas de Energia     | 3,15 8,47        |
| <b>TOTAL</b>          | <b>35,38 100</b> |

### INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS            |   | PIS             |       | COFINS          |      |
|-----------------|---|-----------------|-------|-----------------|------|
| BASE DE CÁLCULO | % | BASE DE CÁLCULO | %     | BASE DE CÁLCULO | %    |
| 0,00            |   | 0,00            | 35,36 | 0,74            | 0,26 |
|                 |   |                 |       | 35,36           | 3,44 |
|                 |   |                 |       |                 | 1,21 |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                |            |           |            |           |         |           |        |             |
|--------------------------------------------|----------------|------------|-----------|------------|-----------|---------|-----------|--------|-------------|
| NUMERO DO MEDIDOR                          | TIPO DE FUNÇÃO | ANTERIOR   |           | ATUAL      |           | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|                                            |                | DATA       | LEITURA   | DATA       | LEITURA   |         |           |        |             |
| 000000000010058094                         | CAT            | 19/10/2018 | 15.214,00 | 20/11/2018 | 15.427,00 | 32      | 1,00000   | 0,00   | 113,00      |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/12/2018

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES                                                               |          |                |                     |                  |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|---------------------|------------------|-------------|
| DESCRIÇÃO                                                                                           | CONJUNTO | VALOR AJUSTADO | MÉDIA MENSAL        | MÉDIA TRIMESTRAL | MÉDIA ANUAL |
| 04/2018                                                                                             |          |                |                     |                  |             |
| DIC- No de horas sem energia                                                                        | CUSTODIA | 0,00           | 9,81                | 11,82            | 23,64       |
| FIC- No de vezes sem energia                                                                        |          | 0,00           | 1,38                | 6,72             | 13,41       |
| DMIC- Duração máxima de interrupção contínua                                                        |          | 0,00           | 2,68                | 0,00             | 0,00        |
| DICRI- Duração de interrupção em dia crítico                                                        |          |                | Lembre DICRI: 17,33 |                  |             |
| EUAD- Valor do Encargo de Uso = R\$ 18,92                                                           |          |                |                     |                  |             |
| Toda Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo. |          |                |                     |                  |             |

| <p><b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b></p> <p>Peque no ponto mais perto de você! Farmácia 232: av. Gonçalves de Lima nº 755b - redenção / farmácia popular. custodiada controlista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>.</p> <p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a>.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pagto. em atraso gera multa 2% (Real/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prox. mês (isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, e, 2.2.2 do RICMS-PE).</p> <p>Deacordo com a aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 29,08.</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">NÍVEL DE TENSÃO</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">TENSÃO NOMINAL (V)</th> <th style="text-align: center;">LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">MÍNIMO</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">220</td> <td style="text-align: center;">202      231</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</th> </tr> </table> | NÍVEL DE TENSÃO |  | TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |  | MÍNIMO |  | MÁXIMO | 220 | 202      231 | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|--------------------|------------------------|--|--------|--|--------|-----|--------------|-----------------------|--|
| NÍVEL DE TENSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |  |                    |                        |  |        |  |        |     |              |                       |  |
| TENSÃO NOMINAL (V)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | LIMITE DE VARIAÇÃO (V)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |  |                    |                        |  |        |  |        |     |              |                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | MÍNIMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |  |                    |                        |  |        |  |        |     |              |                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | MÁXIMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |  |                    |                        |  |        |  |        |     |              |                       |  |
| 220                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 202      231                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |  |                    |                        |  |        |  |        |     |              |                       |  |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |  |                    |                        |  |        |  |        |     |              |                       |  |

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO                                                             |
|----------------|---------|--------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 007013224964   | 11/2018 | 49,95              | 20/12/2018 | Evite dobrar, perfurar ou rasurar.<br>Este cartão será usado em leitora ótica. |





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221264 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 008495339129 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTONIO TOMÉ DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 000000000000, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANTONIO TOMÉ DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 000000000000, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

1. Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR

☒ 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 |  |
| ANTÔNIO TOMÉ DE SOUZA    |               | 573                    |            | CASA        |  |
| Bairro                   | Cidade        | Estado                 | CEP        |             |  |
| SÃO CRISTÓVÃO            | SERRA TALHADA | PE                     | 56.903-000 |             |  |
| Telefone comercial (DDD) |               | Telefone celular (DDD) |            |             |  |
| 87.9.9998-5442           |               | 87.9.9998-5442         |            |             |  |

SERRA TALHADA PE de 01 de JUNHO de 2018  
Local Data

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
Assinatura do Declarante

OLDR-001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maurício de Azevedo Souza  
RG nº 30.50229 data de expedição 04/09/84  
Orgão SSP/PE portador do CPF nº 477.884.024/00 com  
domicílio na cidade de Flores no Estado de  
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Feijus nº 10A  
complemento 2. inicial declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima M. R. de R. R. cujo o condutor era  
M. R. de R. R.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: FAN 160  
Ano: 2013/2015  
Placa: PA-3260  
Chassi: 326022001R710155  
Data do Acidente: 24/04/2018  
Local e Data: RUA DO LTO GOMES - COSTA

X Maurício de Azevedo Souza  
Assinatura do Declarante

M. R. de R. R.

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

CANTORIO DO REGISTRO CIVIL DE SÍTIO DOS NUNES  
Titular: MARTA GISENEIDE ARAÚJO SOUZA  
Telefone: (07) 36578-102

Reconheço por Autenticidade a Firma de: MAURÍCIO DE  
QUEIROZ SOUZA e dou fe Sítio dos Nunes Flores - PE.  
Em Testemunho da Verdade. Emol. 3,39, TMM: 0,80 PKRC  
0,40 ISS 0,20 Total: 4,79  
M. R. de R. R.  
Selo: 007945.07K11201701 01519 28/03/2018 16:19:46  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/sei/digital](http://www.tjpe.jus.br/sei/digital)

ESTURIO DO REGISTRO CIVIL  
E TABELIONATO  
M. R. de R. R.

EXCELSIOR SEGUROS  
15.03.2018  
08:00:00







Humberto Medeiros

CLÍNICA E DIAGNÓSTICO

CLÍNICA MÉDICA | CIRURGIA | OBSTETRÍCIA | FISIOTERAPIA |  
NUTRICIONISTA / ULTRASONOGRAFIA / RAIOS-X

CONVÊNIO: BANCO DO BRASIL, CAPESAUDE E UNIMED

*Wilson de Rezende*

*Luís Carlos*

Nota, para fins de Seguro DPVAT,  
por a pessoa Wilson de Rezende re-  
ferir-se ao acidente de trânsito mo-  
torístico em 29/05/18, com prejuí-  
zo de 3 unidades de dentadura fixa-  
da, a qual se trata de tratamento e  
surto em 15/05/18 a Sina Te-  
Med, por ser a mesma responsável  
de de exames e por atividades de  
sua por (documento) de  
CID: S40.0



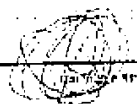
NUMERO DE FOLHA 001/01



P. 001/001



CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO E FISIOTERAPIA



Assinatura do médico

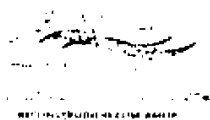
DATA 19/11/18

VOLANDO A CONSULTA QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA.



EXCELSIOR SEGUROS  
22 AGO. 2018  
SEGURO DPVAT





UNIDADE MISTA ELIZABETH BARBOSA  
FICHA DE ATENDIMENTO DA URGÊNCIA

DATA: 27/07/18 HORA: 11:58 RECEPCIONISTA: fagundes FICHA: 31021

NOME: Wilson de Rezende  
DATA DE NASCIMENTO: 19.02.1980 IDADE: 39  
SEXO: ( ) FEMININO (X) MASCULINO  
NOME DA MÃE: Expedita Felicidade Rezende  
DOC. IDENTIDADE: CART. SUS:  
RAÇA: O1 PROFISSÃO: Pedreiro  
ACOMPANHANTE: Francisco (Vizinho)  
ENDEREÇO: R. Adolfo Gonzaga, Carvalho 214.  
BAIRRO: Jucema  
MUNICÍPIO: Curitiba TELEFONE: ( )

| ADULTO |         | CRIANÇA |         | GESTANTE |       |
|--------|---------|---------|---------|----------|-------|
| PA:    | TEMP:   | PESO:   | TEMP:   | PA:      | TEMP: |
| FC:    | SAT O2: | FC:     | SAT O2: | IG:      | BCF:  |
| HGT:   |         | HGT:    |         | HGT:     |       |

ALERGIAS: NÃO ( ) SIM ( )

| AZUL                           | VERDE | AMARELO         | VERMELHO |
|--------------------------------|-------|-----------------|----------|
| ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO       |       | SIM (X) NÃO ( ) |          |
| INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA   |       | SIM ( ) NÃO (X) |          |
| AGRESSÃO FÍSICA                |       | SIM ( ) NÃO (X) |          |
| ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO |       | SIM ( ) NÃO (X) |          |

OBSERVAÇÕES: 27/07/18 11:58  
27/07/2018 11:58  
EXCELSIOR SEGUROS



recuerdo solo un hilo rojo - he escrito  
Papeles de la casa - auto-escrito  
para mi esposa, para un amigo.  
Papeles de la casa - auto-escrito de  
la casa de la casa.

GLASGOW: *15*  
ACV: *7*  
AR: *NDN*  
AD: *7*  
MEMBROS:

Frühling 1884

100

From Barbara Maurata Seaver  
Medica  
212M-PE 23002

PACIENTE ASSINTOMÁTICO, SEM MEDICAÇÕES NA URGÊNCIA, AO PSF.  
PACIENTE DEVERÁ SER LIBERADO 15 MINUTOS APÓS MEDICAÇÕES, E SE ESTIVER SEM SINTOMAS, PROCURAR PSF PARA PROSSEGUIR INVESTIGAÇÃO.  
PACIENTE ENCAMINHADO AO LEITO DEVE TER REAVALIAÇÃO MÉDICA ANTES DA ALTA. APÓS ALTA, PROCURAR PSF PARA PROSSEGUIR INVESTIGAÇÃO.  
INTERNAMENTO.  
TRANSFERÊNCIA.





# FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

|                                                                                                                                                           |                                                      |                                                                                                             |                                   |                                                             |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------|
| Nome: <u>Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior</u>                                                                                                        |                                                      |                                                                                                             |                                   | Ficha nº: <u>1</u>                                          |               |
| Sexo: <u>Masculino</u>                                                                                                                                    |                                                      | Idade: <u>35</u>                                                                                            |                                   | Data: <u>13/03/2020</u>                                     |               |
| Data de nascimento: <u>15/10/1984</u>                                                                                                                     |                                                      | Estado Civil: <u>Casado</u>                                                                                 |                                   | CPF: <u>000.000.000-00</u>                                  |               |
| Profissão: <u>Enfermeiro</u>                                                                                                                              |                                                      | Tel.: <u>51.21.21.21</u>                                                                                    |                                   | RG: <u>3.21.21.21</u>                                       |               |
| Endereço: <u>Rua da Saúde, 123</u>                                                                                                                        |                                                      | Município: <u>Recife</u>                                                                                    |                                   | CEP: <u>51.21.21</u>                                        |               |
| Barrio: <u>Centro</u>                                                                                                                                     |                                                      | Município: <u>Recife</u>                                                                                    |                                   | Nº: <u>51.21</u>                                            |               |
| Naturalidade: <u>Recife</u>                                                                                                                               |                                                      | CNS: <u>301.104.918.6997</u>                                                                                |                                   |                                                             |               |
| Escolaridade: Analfabeto: <input type="checkbox"/> 1º Grau: <input type="checkbox"/> 2º Grau: <input type="checkbox"/> Superior: <input type="checkbox"/> |                                                      |                                                                                                             |                                   |                                                             |               |
| Citação: <u>Delegacia de Polícia</u>                                                                                                                      |                                                      | Tel.: <u>51.21.21.21</u>                                                                                    |                                   |                                                             |               |
| Acompanhante: <u>Enfermeiro</u>                                                                                                                           |                                                      | Resp. pelo preenchimento: <u>Enfermeiro</u>                                                                 |                                   |                                                             |               |
| MEIO DE TRANSPORTE                                                                                                                                        |                                                      | ENCAMINHADO                                                                                                 |                                   |                                                             |               |
| Bemheitor: <input type="checkbox"/> AMU: <input type="checkbox"/>                                                                                         |                                                      | Andando: <input type="checkbox"/> Maca: <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas: <input type="checkbox"/> |                                   | Hospital: <input type="checkbox"/>                          |               |
| Disponibilidade: <input type="checkbox"/> Auto: <input type="checkbox"/>                                                                                  |                                                      | Senha: <u>51.21.21.21</u>                                                                                   |                                   | UPA: <input type="checkbox"/> ESI: <input type="checkbox"/> |               |
| Motiv.: <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/>                                                                                         |                                                      |                                                                                                             |                                   | Outros: <input type="checkbox"/>                            |               |
| PA: <u>120/80</u>                                                                                                                                         |                                                      | HGT: <u>1.70</u>                                                                                            |                                   | TEMP: <u>36.5</u>                                           |               |
| FR: <u>72</u>                                                                                                                                             |                                                      | Peso: <u>70</u>                                                                                             |                                   | FC: <u>72</u>                                               |               |
|                                                                                                                                                           |                                                      | Alergico: <u>Não</u>                                                                                        |                                   | SATO2: <u>100</u>                                           |               |
| Antecedentes Pessoais/Familiares:                                                                                                                         |                                                      |                                                                                                             |                                   |                                                             |               |
| Uso de Medicamentos: <u>Não</u>                                                                                                                           |                                                      |                                                                                                             |                                   |                                                             |               |
| Situação/Queixa Principal: <u>Doença</u>                                                                                                                  |                                                      |                                                                                                             |                                   |                                                             |               |
| AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO                                                                                                                     |                                                      |                                                                                                             | ENCAMINHAMENTOS                   |                                                             | CLASSIFICAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> Febre                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Dificuldade de Respirar     | <input type="checkbox"/> Clínico Geral                                                                      | <input type="checkbox"/> Vermelho |                                                             |               |
| <input type="checkbox"/> Vômitos                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Confusão Mental             | <input type="checkbox"/> Cirurgião                                                                          | <input type="checkbox"/> Amarelo  |                                                             |               |
| <input type="checkbox"/> Cefaleia                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Distúrbios Visuais          | <input type="checkbox"/> Oftalmologista                                                                     | <input type="checkbox"/> Verde    |                                                             |               |
| <input type="checkbox"/> Tontura                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Taquicardia                 | <input type="checkbox"/> Pediatra                                                                           | <input type="checkbox"/> Azul     |                                                             |               |
| <input type="checkbox"/> Cansaço                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Paralestesia e/ou paralisia | <input type="checkbox"/> Serviço Social                                                                     |                                   |                                                             |               |
| <input type="checkbox"/> Tontura                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Frieza                      | <input type="checkbox"/> Outros                                                                             |                                   |                                                             |               |
| <input type="checkbox"/> Dor local                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Dor local                   | Assinatura do Enfermeiro                                                                                    |                                   |                                                             |               |
| <input type="checkbox"/> Dor local                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Dor local                   | Rafael Campos O                                                                                             |                                   |                                                             |               |
| <input type="checkbox"/> Dor local                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Dor local                   | Enfermeiro                                                                                                  |                                   |                                                             |               |
| <input type="checkbox"/> Dor local                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Dor local                   | CORENPE 3984                                                                                                |                                   |                                                             |               |
| DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA                                                                                                                              |                                                      |                                                                                                             |                                   |                                                             |               |
| 1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA):                                                                                                    |                                                      |                                                                                                             |                                   |                                                             |               |
| 2 - Hipótese Diagnóstica:                                                                                                                                 |                                                      |                                                                                                             |                                   |                                                             |               |
| 3 - Exames Solicitados:                                                                                                                                   |                                                      |                                                                                                             |                                   |                                                             |               |
| Assinatura e Identificação do Médico                                                                                                                      |                                                      |                                                                                                             |                                   |                                                             |               |



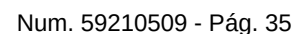


| SUS                                                                                                                                                            |  | Ministério da Saúde             |  | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|
| Identificação do Estabelecimento de Saúde                                                                                                                      |  |                                 |  | UNIDADE                                                        |  |
| 1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                                                                         |  |                                 |  | 2. ENDEREÇO                                                    |  |
| HOSPITAL SÃO VICENTE                                                                                                                                           |  |                                 |  | 3351032                                                        |  |
| 3. NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR                                                                                                                          |  |                                 |  | 4. ENDEREÇO                                                    |  |
| HOSPITAL SÃO VICENTE                                                                                                                                           |  |                                 |  | 2351033                                                        |  |
| Identificação do Paciente                                                                                                                                      |  |                                 |  |                                                                |  |
| 5. NÚMERO DO DOCUMENTO                                                                                                                                         |  | 6. NOME DO PACIENTE             |  |                                                                |  |
| 033.089.204-79                                                                                                                                                 |  | WILSON DE REZENDE               |  |                                                                |  |
| 7. DATA DE NASCIMENTO                                                                                                                                          |  | 8. SEXO                         |  |                                                                |  |
| 70070097283677                                                                                                                                                 |  | 19/02/1990 Masculino            |  |                                                                |  |
| 9. NOME DO PAI                                                                                                                                                 |  | 10. NOME DA MÃE                 |  |                                                                |  |
| WILSON DE REZENDE                                                                                                                                              |  | EXPEDITA FELICIDADE DE REZENDE  |  |                                                                |  |
| 11. NOME DO PAI DE PLANEJAMENTO                                                                                                                                |  | 12. NOME DA MÃE DE PLANEJAMENTO |  |                                                                |  |
| MORGANA FABRÍCIA DOS SANTOS OLIVEIRA                                                                                                                           |  | GUSTOIA                         |  |                                                                |  |
| 13. CID - DOENÇA PRINCIPAL                                                                                                                                     |  | 14. CID - DOENÇA SECUNDÁRIA     |  |                                                                |  |
| GUSTOIA                                                                                                                                                        |  | PE 56040-010                    |  |                                                                |  |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO                                                                                                                                    |  |                                 |  |                                                                |  |
| <p>paciente portador de HSC, com<br/>doença renal crônica e hipertensão<br/>E, devido aos sintomas<br/>de hipertensão arterial e<br/>doença renal crônica.</p> |  |                                 |  |                                                                |  |
| 20. EXAME DE LABORATÓRIO DE DIAGNÓSTICO (RESPOSTAS DE EXAMES REALIZADOS)                                                                                       |  |                                 |  |                                                                |  |
| Rx. Gástrica e PPD                                                                                                                                             |  |                                 |  |                                                                |  |
| 21. EXAME DE LABORATÓRIO DE DIAGNÓSTICO (RESPOSTAS DE EXAMES REALIZADOS)                                                                                       |  |                                 |  |                                                                |  |
| Exames de Urina e Sangue                                                                                                                                       |  |                                 |  |                                                                |  |
| 22. EXAME DE LABORATÓRIO DE DIAGNÓSTICO (RESPOSTAS DE EXAMES REALIZADOS)                                                                                       |  |                                 |  |                                                                |  |
| 23. EXAME DE LABORATÓRIO DE DIAGNÓSTICO (RESPOSTAS DE EXAMES REALIZADOS)                                                                                       |  |                                 |  |                                                                |  |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                                                                                        |  |                                 |  |                                                                |  |
| 24. TIPO DE INTERNAÇÃO                                                                                                                                         |  |                                 |  |                                                                |  |
| 25. CARACTERÍSTICA DA INTERNAÇÃO                                                                                                                               |  |                                 |  |                                                                |  |
| 26. DOCUMENTO                                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 27. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 28. DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                                                                        |  |                                 |  |                                                                |  |
| 13/05/2018                                                                                                                                                     |  |                                 |  |                                                                |  |
| 29. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 30. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 31. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 32. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 33. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 34. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 35. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 36. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 37. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 38. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 39. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 40. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 41. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 42. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 43. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 44. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 45. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 46. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 47. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 48. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 49. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 50. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 51. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 52. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 53. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 54. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 55. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 56. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 57. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 58. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 59. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 60. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 61. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 62. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 63. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 64. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 65. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 66. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 67. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 68. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 69. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 70. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 71. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 72. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 73. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 74. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 75. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 76. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 77. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 78. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 79. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 80. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 81. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 82. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 83. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 84. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 85. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 86. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 87. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 88. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 89. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 90. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 91. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 92. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 93. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 94. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 95. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 96. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 97. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 98. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 99. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                  |  |                                 |  |                                                                |  |
| 100. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                 |  |                                 |  |                                                                |  |



44

EXCELSIOR SEGUROS





Cirurgias Realizadas:

Plano de Condicionamento:

Nome: Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Data:

Idade:

Sexo:

Cirurgião:

1º Assistente:

2º Assistente:

Artesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Abertura da pele com bisturi nº 15, localizando a lesão. A lesão é de tipo cavitária, com conteúdo pastoso e fétido. A cavidade mede aproximadamente 2cm de diâmetro. A base da lesão é irregular e com bordos bem definidos. A lesão está localizada na região da coxa esquerda, na altura da crista ilíaca. A lesão é de tipo cavitária, com conteúdo pastoso e fétido. A cavidade mede aproximadamente 2cm de diâmetro. A base da lesão é irregular e com bordos bem definidos. A lesão está localizada na região da coxa esquerda, na altura da crista ilíaca.

Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
CRM: 552.003-25 CRM: 7351

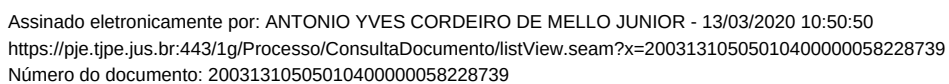
EXCELSIOR SEGUROS

12-08-2018

SERVIÇO DE

Assinatura da Exatidão



[illegible]

**RECIBO**

RECIBO DE PAGAMENTO  
Nº 001/2020  
PAGAMENTO DE  
R\$ 1.000,00  
DATA 27/03/2020  
VALOR EM LETRAS  
MIL REAIS  
PAGO A  
EXCELSIOR SEGUROS  
DATA 27/03/2020  
VALOR EM LETRAS  
MIL REAIS  
PAGO A  
EXCELSIOR SEGUROS



III

EXCELSIOR

EXCELSIOR

EXCELSIOR

EXCELSIOR

EXCELSIOR

EXCELSIOR

EXCELSIOR



para o Sr. Antônio

Wilson de Aguiar

União Médica

Ata, para fins de registro do  
colégio e para a entrega de  
o movimento com fotos de  
classe em submissão e este  
momento onde a equipe de  
fora a União Espirita de São  
Paulo para fins de registro  
do e para a FC e para a  
a União Esp. de São Paulo  
União Espirita.

c. 5420

União de 10/12/18

União de 10/12/18

EXCELSIOR SEGUROS  
12 DEZ. 2018  
SEGURO DPVAT

