



Número: **0086235-69.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59371034	17/03/2020 11:38	2703624_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 16ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00862356920198172001

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

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Rua Sampaio Viana, 44 - Paraíso - São Paulo - SP - CEP: 04004-001, inscrita no CNPJ sob o número 33.164.021/0001-00 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO**, 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 **22/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **15/01/2019**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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.

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



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

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



DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.



DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, 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.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

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



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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

⁸ art. 1º. (...)

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



Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 6 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

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

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

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



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **TOKIO MARINE SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO**, em curso perante a **16ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00862356920198172001.

Rio de Janeiro, 6 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0086235-69.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

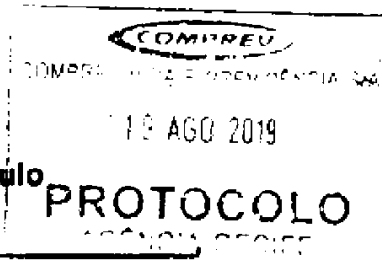
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59371036	17/03/2020 11:38	ANEXO 1	Outros (Documento)



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Djalma Dias Lima

RG: 8948628, data de expedição 18/03/2010
Órgão SOS, portador do CPF 119.190.764-44, com
domicílio na cidade de Vitória de Santo Antão, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Rua. São Lucas Jardim Ipiranga, nº 14
complemento Casa, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima José Augusto Gomes Monteiro,
cujo o condutor era Djalma Dias Lima.

Veículo: MOTO

Modelo: XJ6

Ano: 2013

Placa: NAB-3212

Chassi: 9EBKJ00600003618

Data do Acidente: 22.12.2018

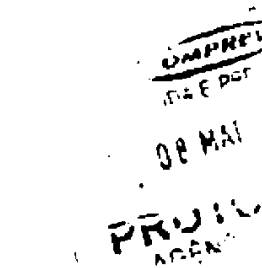
Local e data do cartório: Vitória - PE, 18/01/2019

DJALMA DIAS LIMA

Assinatura do Declarante

DJALMA DIAS LIMA

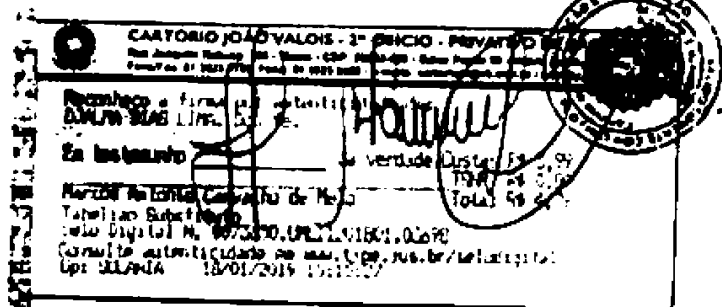
Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

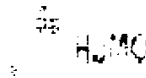
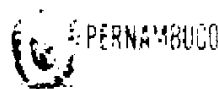


01 JUN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!





Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
DT. Nasç: 12/04/94 - 22 anos(s)
Matr: CARIMANE GOMES DA SILVA

Nº registro: 580075
Sexo: Feminino
Face: 8102719937

Endereço: R. PÉDRO DE ALVARES, Nº 1000, JARDIM ANTIO, VILA RIA DE SANTO ANTÃO - PE
Data/Hora: 27/10/2018 - 14:17
Sessão: 1000

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

2 - 1

PACIENTE REFERE DOR E EDEMA EM CUNHO ESQ. E MIB. APÓS COLISÃO (MOTO/CARRO) ACORRIDA 10 E

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO:

EXAME FÍSICO:

PA: 110/70 mmHg - Temp: 36,5 - FR: 16 - SpO2: 98
Pulso: 80 - AR: 18 - 35 - SPO2: 98

01/10/2018

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RESULTADOS DE EXAMES:

RX DO P. INIO ESQ. COM LESSÃO DO RADIO-ESQ. COMINUTIVA COM DESNVEL ARICULAR +
CLIMA RESIDUAL + TALA GESSADA + TIPO LULA + FRATURA COMINUTIVA USTA ARTICULAR
DO RADIO-ESQ. COM DESNVEL DE FIXO + TALA GESSADA TIPO LULA + TRATAMENTO ELETIVO E
CONDUTA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

FRATURA COMINUTIVA USTA ARTICULAR DO RADIO-ESQ. COM DESNVEL DE FIXO + TALA
GESSADA TIPO LULA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA

CRM: 10000
DR. CARLOS BRUNO DA SILVA F. JR.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/03/2020 11:38:52
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031711385245100000058386169
Número do documento: 20031711385245100000058386169



Downloaded from PEDIAGG.VA.GOV on 11/04/2016 at 16:18:05
Datafile: 22-11-2016-16:18
Page: 1 of 1



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

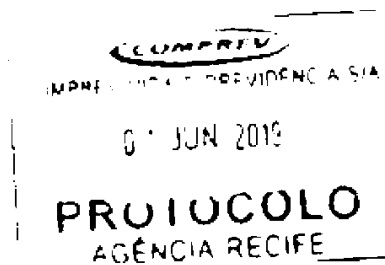
NOME: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
DATA: 17/05/2019

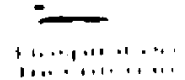
LAUDO

FRATURA DO RADIO DISTAL ESQ, HA 04 MESES, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, NO MOMENTO, FRATURA CONSOLIDADA, ENCONTRA-SE DE ALTA MEDICA, SEM QUEIXAS.

S525

Dr. DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
CRM: 19433





Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
Dt. Nasc.: 12/04/93 - 25 ano (s)
Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA
Nº registro: 580075
Sexo: Feminino
Fone: 8192719932
Endereço: R EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE
Data/hora: 22/12/2018 - 14:17
Sector: Leito
Nº pag.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

(-)

PACIENTE REFERE, DOR E EDEMA EM PUNHO ESQ E MID, APÓS COLISÃO MOTO/CARRO OCORRIDA HOJE.

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 90 mmHg Temp: °C HGT: mg/dL
Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RESULTADOS DE EXAMES:

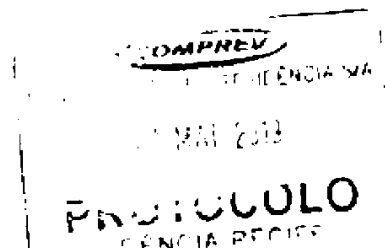
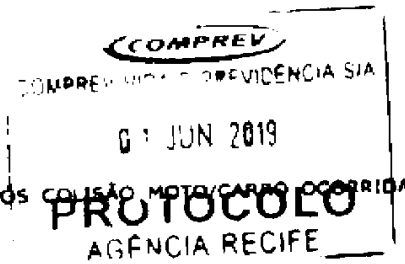
RX DO PUNHO ESQ COM LESSAO DO RADIO ESQ COMINUTIVA COM DESNIVEL ARTICULAR + EDEMA RESIDUAL + TALA GESSADA + TIPO LUVA. FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA

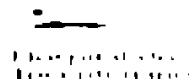
EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA

CRM 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP 55602-000 Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833





Nome: JOSÉ DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Nº registro: 580075

Dt. Nasç: 12/04/93 - 25 ano(s)

Sexo: Feminino

Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA

Fone: 8192719932

Endereço: R. EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE

Data hora: 22/12/2018 - 16:16

Nº pag: 1/1

Setor: Leito

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: 110 X 70 - Temperatura: - FC: -

Altura: - Peso: -

ANAMNESE DO MÉDICO

RX DO PUNHO ESQ COM LESSÃO DO RADIO ESQ. COMINUTIVA COM DESNIVEL ARTICULAR -
EDIMA RESIDUAL - TALA GESSADA - TIPO LUVA - FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR
DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO - TALA GESSADA TIPO LUVA - TRATAMENTO FLETIVO E
CONDUTA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

SUS - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO - FRATURA DE

CONDUTA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

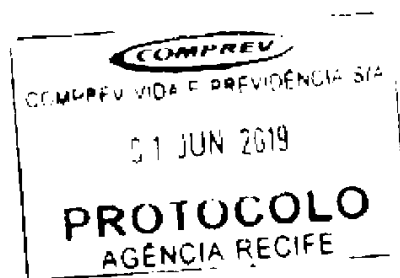
RX PUNHO

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Getúlio Vargas

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5582500



CRM: 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO

Av. Henrique de Holanda nº 817, Matriz - CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8633





Hospital de Referência
Unidade de Pronto Atendimento

Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO Nº registro: 580075
Dt. Nasc: 12/04/93 - 25 ano(s) Sexo: Feminino
Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA Fone: 8192719932

Endereço: R EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO, VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE
Data/hora: 22/12/2018 - 14:17 Nº pag.: 1/1
Setor: Leitor

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

(...)

PACIENTE REFERE, DOR E EDEMA EM PUNHO ESQ E MID, APÓS COLISÃO MOTOCARRO OCORRIDA HOJE.

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO:

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 90 mmHg Temp: 36°C HGT: mg/dL
Peso: Kg Altura: m SP O2: %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RESULTADOS DE EXAMES:

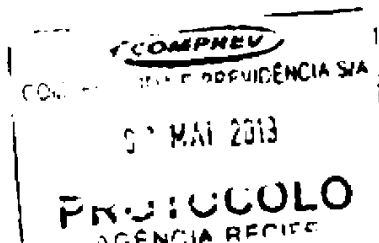
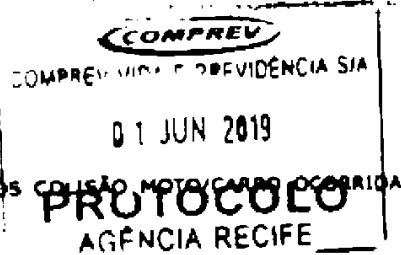
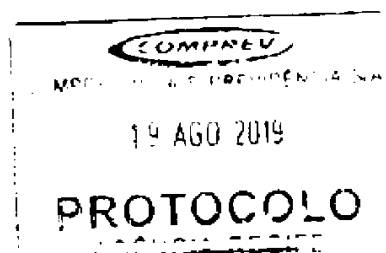
RX DO PUNHO ESQ COM LESSAO DO RADIO ESQ COMINUTIVA COM DESNIVEL ARTICULAR. + EDEMA RESIDUAL. + TALA GESSADA + TIPO LUVA. FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA.

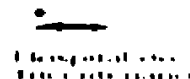
EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA

CRM 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO

Av. Henrique de Meloanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833





Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO **Nº registro:** 580078
De Nasc.: 12/04/93 - 25 ano (s) **Sexo:** Feminino
Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA **Fone:** 8192719932
Endereço: R EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE
Data/hora: 22/12/2018 - 16:16 **Nº pag.:** 1/1
Sector: Leito

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: 140 X 70 Temperatura: 36,6°C
Altura: 1,60m Peso: 55kg

ANAMNESE DO MÉDICO

RX DO PUNHO ESQ COM LESSAO DO RADIO ESQ COMINUTIVA COM DESNIVEL ARTICULAR -
EDEMA RESIDUAL - TALA GESSADA - TIPO LUVA. FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR
DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO - TALA GESSADA TIPO LUVA - TRATAMENTO ELETIVO E
CONDUZTA.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

SSS - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO - FRATURA DE

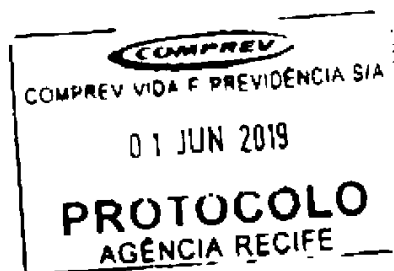
CONDUZTA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

RX PUNHO

DAIDOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp Getúlio Vargas
Motivo: Tratamento Cirurgico
Senha: 5582500

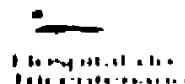
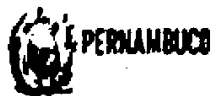


CRM: 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO



Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55002-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833





Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO N° registro: 580075
Dt. Nasc.: 12/04/93 - 25 ano(s) Sexo: Feminino
Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA Fone: 8192719932

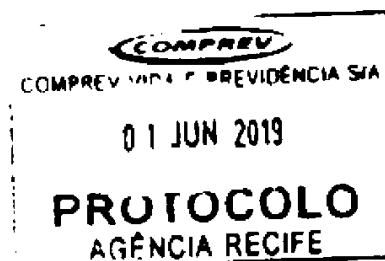
Endereço: R. EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO, VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE
Data/hora: 22/12/2018 - 14:12 N° pág.: 1/1
Setor: Leito:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:



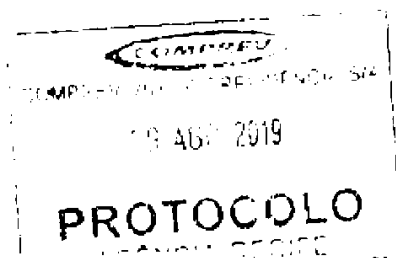
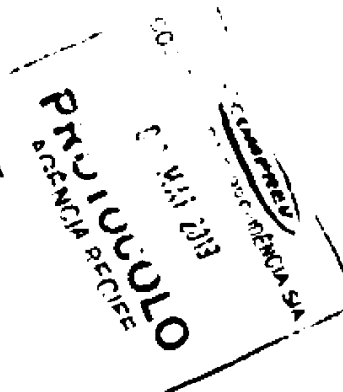
PACIENTE REFERE, DOR E EDEMA EM PUNHO ESQ E MID, APOS COLISÃO MOTO/CARRO OCORRIDA HOJE

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 90 mmHg Temp: °C HGT: mg/dL
Peso: Kg Altura: m SP O2: %

Observação

Classificação de Risco: NÃO URGENTE - VERDE
Encaminhado para: CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA
Especialidade: TRAUMATOLOGIA



COREM: 500715
TAMIRIS GOMES DA SILVA

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

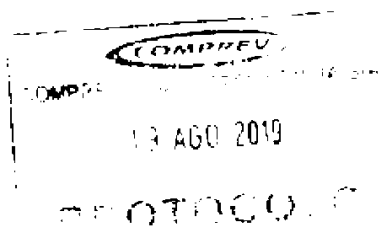
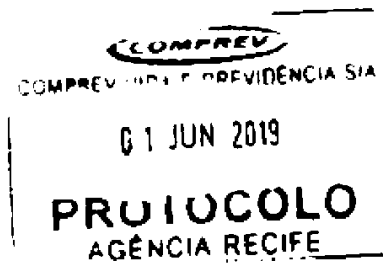
NOME: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
DATA: 17/05/2019

LAUDO

FRATURA DO RADIO DISTAL ESQ, HA 04 MESES, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, NO MOMENTO, FRATURA CONSOLIDADA, ENCONTRA-SE DE ALTA MEDICA, SEM QUEIXAS.

S525

Dr. DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
CRM: 19433





CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO MENS SANA

Rua Ubirajara Ribeiro Mindêlo Filho, 77
São Miguel - CEP: 56509-385 - Arcoverde/PE
87 3822.5066

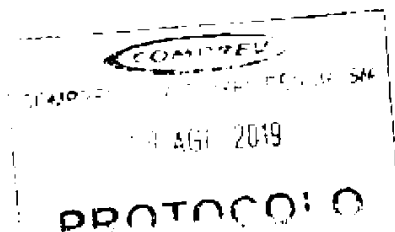
Receituária

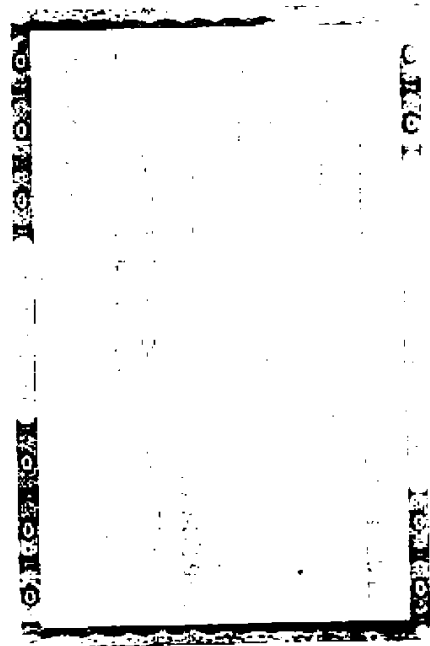
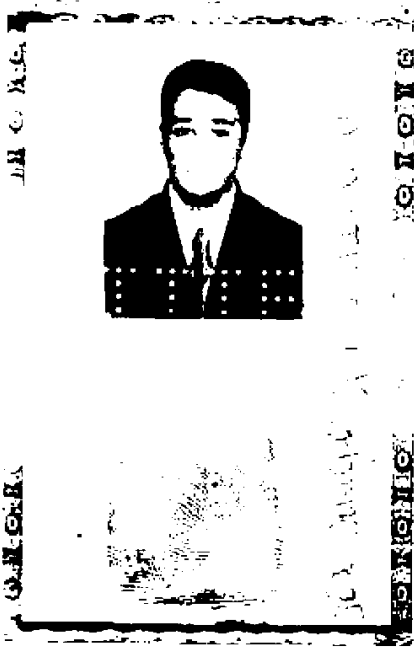
Declaro para os devidos fins que o paciente José Douglas Gomes Monteiro, foi admitido nesta instituição para atendimento em fisioterapia motora em 08/04/19, sendo realizada duas sessões semanais.

Recebendo alta da fisioterapia diante de objetivos traçados e alcançados em 03/05/19.

10/06/19

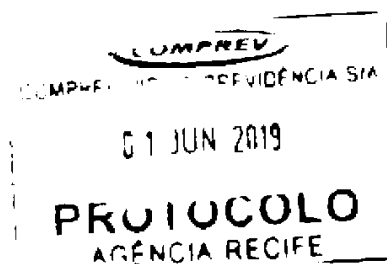
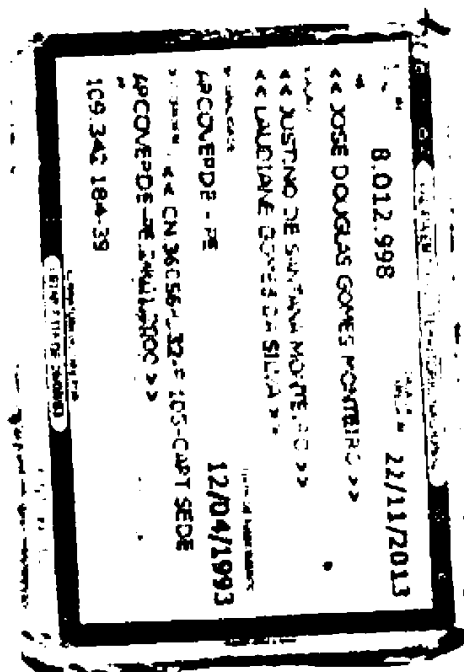
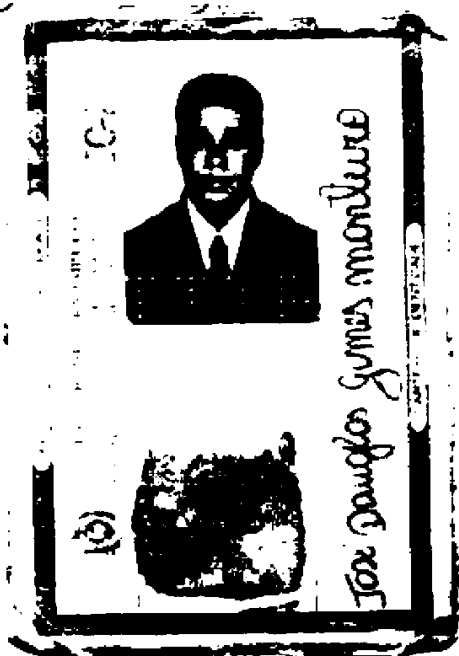
Dr. Bruno B. Corqueira
Fisioterapeuta
PROFISSIONAL 160991-F





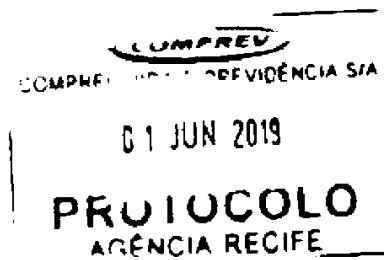
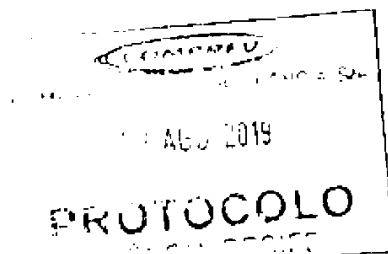
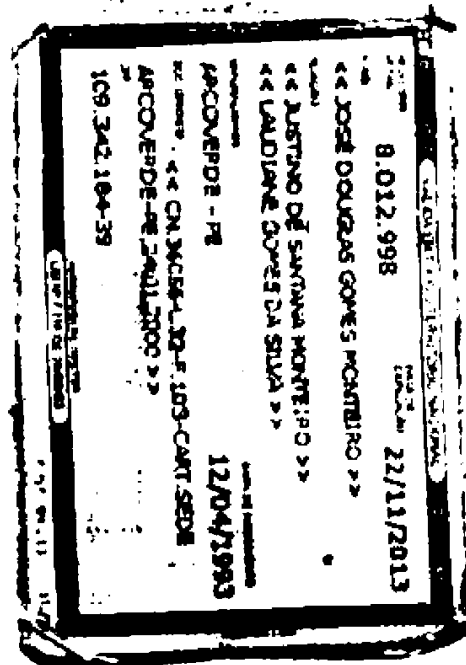
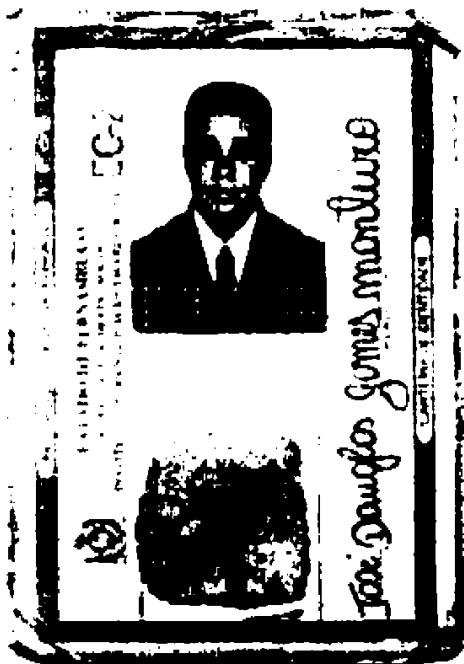
Handwritten signature: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior





Compreve





Compreve



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

01372774063F

***** 2016

DGALMA DIAS GUINA

VIT. 370 ANTAC PE 0 NDB0212

119.170.764-44 NDB0212

NOB0212 44B 506KJ0060L0001618

PAS /MOTOCICLLA

YAMAHA /XJ6 N 2012 4016

28/0900L PARTIO CINZA

IPVA 2010 QUITADO

1

SEGURO FAGO

SEM RESERVA

Charles Andrews
 Charles Andrews
 Diretor Presidente DETRAN/PE

VIT. 370 ANTAC PE 16-03-16

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PE SOCAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUIPOR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU? SEGURO DPVAT

01372774063F

DGALMA DIAS GUINA

VIT. 370 ANTAC PE 4016 16-03-16

1 119.170.764-44 NDB0212

NOB0212 44B 506KJ0060L0001618

28/0900L PARTIO CINZA

IPVA 2010 QUITADO

1

SEGURO FAGO

SEM RESERVA

Charles Andrews
 Charles Andrews
 Diretor Presidente DETRAN/PE

DETROQUE E DANOS DE O BILHETE DPVAT
 ETE FAGO C DE A RTE VERIFICACAO

CONTRAM

CONTRAM



COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A
01 JUN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Ao Sr. Analista

Sinistro: 3190/313769

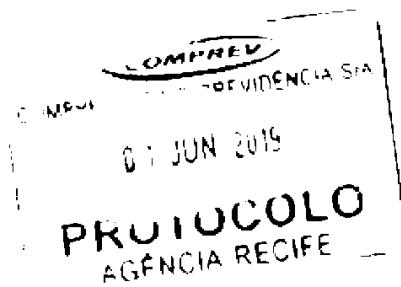
.PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho
REQUERER reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro:
3190/313769 tendo em vista está apresentando LAUDOS onde fica comprovado que encontro-
me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por laudo.
Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcrito e estarei disponível para perícia
agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VÍTIMA: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

CPF: 109.342.184-39



Ao Sr. Analista

Sinistro: 3190/404170

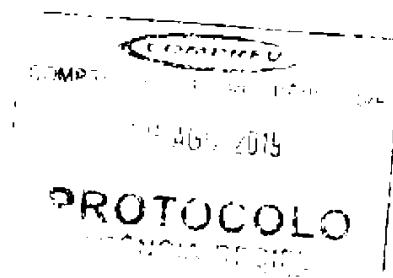
.PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho **REQUERER** reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro: 3190/404170 tendo em vista está apresentando LAUDOS onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por laudo. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcrito e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VITIMA: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

CPF: 109.342.184-39



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190487664

Cidade: Vitória de Santo Antão

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Data do acidente: 22/12/2018

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: P.1(BAM) P.4(RELATÓRIO) SINISTROS ANTERIORES (3190313769 E 3190404170) COM MESMA DATA DE ACIDENTE DE SINISTRO ATUAL: SEM SEQUELA PELA AMD (15/05/2019 E 04/07/2019).

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190487664

Cidade: Vitória de Santo Antão

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Data do acidente: 22/12/2018

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: P.1(BAM) P.4(RELATÓRIO) SINISTROS ANTERIORES (3190313769 E 3190404170) COM MESMA DATA DE ACIDENTE DE SINISTRO ATUAL: SEM SEQUELA PELA AMD (15/05/2019 E 04/07/2019).

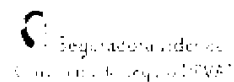
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0155163/19

Vítima: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

CPF: 109.342.184-39

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/12/2018

Titular do CPF: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO : 109.342.184-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/05/2019
Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
CPF: 109.342.184-39

Responsável pelo cadastramento na seguradora

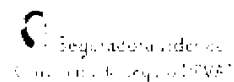
Data do cadastramento: 08/05/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

JONATAN BARBOSA DE BARROS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219718/19

Vítima: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

CPF: 109.342.184-39

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/12/2018

Titular do CPF: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO : 109.342.184-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/07/2019
Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
CPF: 109.342.184-39

Responsável pelo cadastramento na seguradora

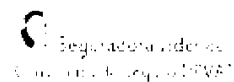
Data do cadastramento: 01/07/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0155163/19

Vítima: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

CPF: 109.342.184-39

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/12/2018

Titular do CPF: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO : 109.342.184-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/05/2019
Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
CPF: 109.342.184-39

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

JONATAN BARBOSA DE BARROS





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

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190487664

Vítima: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14727472





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

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190487664 Vítima: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Data do Acidente: 22/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 17/05/2019, emitido pelo Dr. DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE CRM nº 19433 - PE, da Instituição SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00021/00022 - carta_31 - INVALIDEZ

00020011



Carta nº 14744884





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) a(s) modalidade(s):

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nome completo do AT

Nome completo do SE

Nome completo do beneficiário

RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 15/2012

Nome completo

Nome completo do beneficiário

CPF

CPF do beneficiário

Nome

Nome do beneficiário

Nome

Nome do beneficiário

CPF

CPF do beneficiário

Nome

Nome do beneficiário

CPF

CPF do beneficiário

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras e corretas, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RECEITA MENSAL

☒ R\$ 0,00 (ZERO)

☐ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 2.000,00

☐ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 4.000,00

☐ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 6.000,00

☐ R\$ 7.000,00

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

☒ CONTA POUPEANÇA (de poupança, com juros e rendimentos)

☐ CONTA CORRENTE (de poupança)

☐ Bradesco (1234)

☐ Itaú (567)

Nome do BANCO

☐ Banco do Brasil (890)

☒ Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA

0000

CONTA

0000

AGÊNCIA

0000

CONTA

0000

Assinatura do beneficiário

Assinatura do beneficiário

Assinatura do beneficiário

Assinatura do beneficiário

Assinatura do beneficiário

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

Declaro, sob as penas da lei, que não há laudo do IML (Instituto Médico Legal) emitido para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

☒ Não há laudo do IML emitido para o caso, e não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

☐ Há laudo do IML emitido para o caso, e não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

☐ Há laudo do IML emitido para o caso, e não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há laudo do IML (Instituto Médico Legal) emitido para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

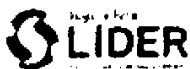
Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outro beneficiário registrado para o caso, e que não há nenhuma outra declaração de incapacidade emitida por qualquer autoridade médica ou de saúde pública.



2017/03/17 11:38:52
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031711385245100000058386169
Número do documento: 20031711385245100000058386169





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nome completo da vítima: **1009 342 184-39 José Douglas Gomes Monteiro**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 445/2012
Nome completo: **José Douglas Gomes Monteiro** CPF: **369 342 184-39**
Número: **1303** Curadoria: **1303**
Estado: **PE** CEP: **55602-270**
Telefone: **810 9668 4814**

Declaro, para todos os fins de direito, que sou o(a) titular do seguro informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RECEITA MENSAL
☒ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 1.999,99 ☐ R\$ 2.000,00 ATÉ R\$ 2.999,99 ☐ R\$ 3.000,00 ATÉ R\$ 3.999,99 ☐ R\$ 4.000,00 ATÉ R\$ 4.999,99
☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 5.999,99 ☐ R\$ 6.000,00 ATÉ R\$ 6.999,99 ☐ R\$ 7.000,00 ATÉ R\$ 7.999,99 ☐ ACIMA DE R\$ 8.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (corrente para o Beneficiário Anual de R\$ 1.000,00)
☐ CONTA CORRENTE (para o Beneficiário)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **0048** CONTA: **38612** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(indicar o código do banco) (indicar o código do banco) (indicar o código do banco)

Autorizo a Seguradora a efetuar a transferência bancária informada, de minha e/ou titularidade, o valor da indenização, conforme o valor do Seguro DPVAT, e a efetuar a entrega do dinheiro, após a entrega do dinheiro, desde que o valor seja superior ao valor do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou em condições de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento de invalidez permanente (IMPA) por invalidez permanente, caso verifique (assinalar uma das opções):

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

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, por não atendimento do IML para fins de reconhecimento de invalidez permanente, caso verifique (assinalar uma das opções):

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Beneficiário da vítima: ☐ Sobrevivente ☐ Estado Civil ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Se a vítima possui dependente(s), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima tiver filhos, informar quantos: _____ Filhos: _____ Vítima possui dependente(s)? ☐ Sim ☐ Não Vítima possui dependente(s)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

Em caso de não atendimento, a Seguradora não se responsabiliza pelo não pagamento do Seguro DPVAT, por morte, caso verifique (assinalar uma das opções):

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 DATA: 17/03/2020 11:38:52
 URL: https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031711385245100000058386169
 NÚMERO DO DOCUMENTO: 20031711385245100000058386169

CUMPRIV
 COMPROVAÇÃO DE PREVIDÊNCIA SIA
 01 JUN 2019
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 061ª CIRCUNSCRIÇÃO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO -
DP61ªCIRC INTER 1ª 12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº. 19E0151000261

Ocorrência registrada nesta Unidade policial no dia 15/01/2019 às 15:36

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) em andamento
22/12/2018 às 13:45

data: 04/01/2010 por: 1001 MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 0001, AV. HENRIQUE DE
HOLANDA, DEPOIS DA LOJA DA HONDA, BAIRRO ALTO JOSE LEAL, 13010-000 CENTRO
VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL
13010-000 VIA PUBLICA

Fornecedores envolvidos na ocorrência:

LE ROCHER DES ANCIENS
 QUALVA DAS LIMA - OUTRO
 JOSE LOUISAS OLIVEIRA MONTES - ALMA

Objetos e eventos, se não ordenados

$$V = \{v_1, \dots, v_n\} \subseteq V(G) \text{ is a } k\text{-vertex cover of } G \text{ if and only if } \{v_1, \dots, v_n\} \subseteq V(G) \text{ is a } k\text{-edge cover of } G \text{ and } |V(G) - V| \leq k. \quad (1)$$

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

JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - RA: LAUDILIAE GOMES DA SILVA - Pai: JUSTINO DE SANTANA MONTEIRO - Data de Nascimento: 12/4 1993 - Mãe: LUCIA ARCOVERDE PERNAMBUCO - BRASIL - Data de Nascimento: 8/12/1998 - SDS PE (RG): 10934213439 (CPF): 016.016.016 - SORTEIO: 2º, GRAU COMPLETO - Profissão: GARCOM - Endereco: INTERMUNICIPAIS - MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTAO, 1300, RUA EURICO VALOIS, BAIRRO LIVRAMENTO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - VITÓRIA DE SANTO ANTAO - PERNAMBUCO - BRASIL.

DESCONHECIDO (nao presente ao plantao) - Sexo Masculino - Nao - NAO INFORMADO
PERNAMBUCO - BRASIL - Estado - DESCONHECIDO - Especificando - DESCONHECIDO

DJALMA DIAS LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mae: VERA LUCIA DIAS DO DJALMA BERNARDO DE LIMA - Data de Nascimento: 5/6/1995 - Nat. Brasileira - VITORIA DE SANTO ANTAO - PERNAMBUCO - BRASIL - Documentos: 8948628 SDS PE (RG) 11917076444 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(a) - Residência: ST. GRAU COMPLETO - Endereço: OUTRAS PROFISSOES.
E-Endereço Residência: MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 14. RUA SÃO LUCAS, BAIRRO JARDIM IPIRANGA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO PERNAMBUCO BRASIL

Qualificação do(s) ob.jeto(s) envolvido(s)

MOTO (VEICULO) de propriedade do sr. **DJALMA DIAS LIMA**, com esta e outras siglas, **Sr. DJALMA DIAS LIMA**
Categoria Marca/Modelo: **MOTOCICLETA YAMAHA XJ6 N** O/ de placa nº. **Não**



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

Faixa: **NQ83212** - PERNAMBUCO/VITÓRIA DE SANTO ANTAO; Renavam: **526118849** Chassi: **9C6KJ0060D0001618**
Ano fabricação: **Modelo 2012 2013** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE VINHA DE CARONA NA MOTO CITADA PILOTADA POR UM AMIGO QUE IA DEIXA-LO EM CASA QUANDO NO ENDEREÇO CITADO NA SUBIDA DO BAIRRO ALTO JOSÉ LEAL A MOTO CONDUZIDA PELO AMIGO DA VITIMA FOI FECHADA POR UM CARRO QUE SEM TEMPO PARA DESVIAR VEIO A COLIDIR COM ESSE VEICULOS E OS DOIS VIERAM AO CHÃO MAS SOMENTE A VITIMA FICOU FERIDA QUEBRANDO O PUNHO ESQUERDO SEU AMIGO PILOTO NADA SOFREU O MOTORISTA DO CARRO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE SOCORRO A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE O LEVARAM ATÉ O HOSPITAL LOCAL JOÃO MURILO DE LA DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO FOI TRANSFERIDO PARA SANTA CASA EM RECIFE CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DESSAS UNIDADES. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO A PRESENTE OCORRENCIA.

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

JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

JOSÉ DOUGLAS GOMES MONTEIRO
(VITIMA)

DJALMA DIAS LIMA
(OUTRO)

DJALMA DIAS LIMA

B.O. registrado por: **EDILSON SANTANA DA SILVA** - Matrícula: **220917-9**

[Assinatura]
Assinado eletronicamente por: **EDILSON SANTANA DA SILVA** - Matrícula: **220917-9**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 061ª CIRCUNSCRIÇÃO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO -
DP61ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0151000261

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/01/2019** às **15:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia
22/12/2016 às 13:45

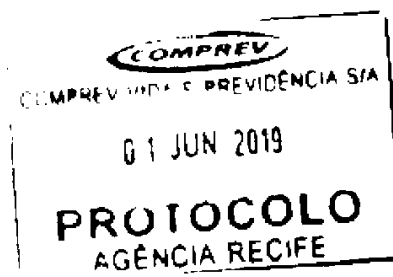
Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 0001, AV. HENRIQUE DE HOLANDA, DEPOIS DA LOJA DA HONDA, BAIRRO ALTO JOSE LEAL - Bairro: CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO; AUTOR AGENTE;
DIALMA DIAS LIMA (OUTRO);
JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO; VITIMA.

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência.

VEICULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) DIALMA DIAS LIMA



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

JOSÉ DOUGLAS GOMES MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe **LAUDIANE GOMES DA SILVA PAI JUSTINO DE SANTANA MONTEIRO** Data de Nascimento: 12/4/1993 Naturalidade: **ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 80129985/DS/PE (RG) 10934218439 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: 2ª. **GRAU COMPLETO** Profissão: **GARÇOM** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, 1308, RUA EURICO VALOIS, BAIRRO LIVRAMENTO - CEP: 55006-000 - Bairro: CENTRO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo Masculino Naturalidade NÃO INFORMADO :
PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil DESCONHECIDO Escolaridade DESCONHECIDO

DJALMA DIAS LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **VERA LÚCIA DIAS** Pai: **DJALMA BERNARDO DE LIMA** Data de Nascimento: **5/6/1995** Nacionalidade: **VITÓRIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO BRASIL** Documentos: **8948828/SDS/PE (RG), 11917078444 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTAO, 14, RUA SÃO LUCAS, BAIRRO JARDIM (PIRANGA) - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - VITÓRIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **DJALMA DIAS LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **DJALMA DIAS LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XJS N** Objeto apreendido: **Não**



Cor: CINZA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: NQB3212 (PERNAMBUCO)VITORIA DE SANTO ANTAO; Renavam: 826118848 Chassi: 9C6KJ00800001618
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2013 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE VINHA DE CARONA NA MOTO CITADA PILOTADA POR UM AMIGO QUE LA DEIXA-LO EM CASA QUANDO NO ENDEREÇO CITADO NA BUEIRA DO BAIRRO ALTO JOSÉ LEAL A MOTO CONDUZIDA PELO AMIGO DA VITIMA FOI FECHADA POR UM CARRO QUE SEM TEMPO PARA DESVIAR VEIO A COLIDIR COM ESSE VEICULOS E OS DOIS VIERAM AO CHÃO MAS SOMENTE A VITIMA FICOU FERIDA QUEBRANDO O PUNHO ESQUERDO SEU AMIGO PILOTO NADA SOFREU O MOTORISTA DO CARRO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE SOCORRO A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE O LEVARAM ATÉ O HOSPITAL LOCAL JOÃO MURILO DE LÁ DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO FOI TRANSFERIDO PARA SANTA CASA EM RECIFE CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DESSAS UNIDADES. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO A PRESENTE OCORRENCIA.

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

Jose Douglas Gomes Monteiro

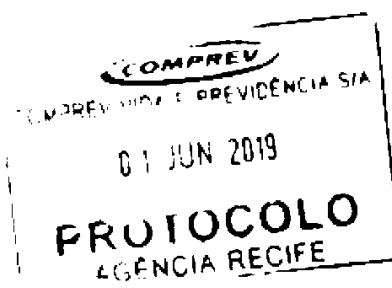
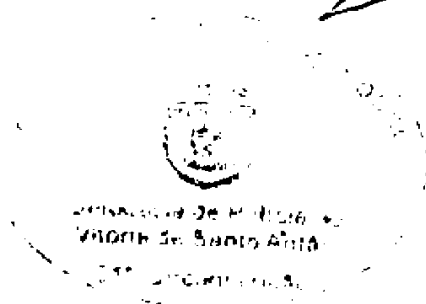
JOSÉ DOUGLAS GOMES MONTEIRO
(VITIMA)

DJALMA DIAS LIMA
(OUTRO)

DJALMA DIAS LIMA

B.O. registrado por: EDILSON SANTANA DA SILVA - Matrícula: 220917-8

Edilson Santana da Silva
Comissário Especial de Polícia
Matr. 220917-8





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) a(s) modalidade(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nome completo do segurado: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Régistro de informações cadastrais e faixa de renda mensal da pessoa física (vítima/beneficiário) - CIRCULAR SUSEP Nº 15/2012

CPF: 030.920.110-00
Data de nascimento: 10/05/1986
Data: 10/03/2020

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras e corretas, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO

☒ RENDIMENTO ☐ RENDIMENTO ☐ RENDIMENTO ☐ RENDIMENTO

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

☒ CONTA POUPEANÇA (de poupança) ☐ CONTA CORRENTE (de poupança)

☐ Banco do Brasil (2347) ☐ Itaú (344) ☐ Banco do Brasil (344) ☒ Caixa Econômica Federal (101)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0000 CONTA: 0000 AGÊNCIA: 0000 CONTA: 0000

Assinatura eletrônica do segurado ou beneficiário, com o código de verificação de segurança, e o código de verificação de segurança de acesso ao sistema de atendimento ao cliente (SAC) da SUSEP.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não há qualquer laudo médico ou psicológico emitido pelo IMI (Instituto Médico e Psicológico) da SUSEP, que possa ser utilizado para fins de indenização por invalidez permanente.

- ☒ Não há qualquer laudo médico ou psicológico emitido pelo IMI (Instituto Médico e Psicológico) da SUSEP, que possa ser utilizado para fins de indenização por invalidez permanente.
- ☐ Não há qualquer laudo médico ou psicológico emitido pelo IMI (Instituto Médico e Psicológico) da SUSEP, que possa ser utilizado para fins de indenização por invalidez permanente.
- ☐ Não há qualquer laudo médico ou psicológico emitido pelo IMI (Instituto Médico e Psicológico) da SUSEP, que possa ser utilizado para fins de indenização por invalidez permanente.

Declaro, sob as penas da lei, que não há qualquer laudo médico ou psicológico emitido pelo IMI (Instituto Médico e Psicológico) da SUSEP, que possa ser utilizado para fins de indenização por invalidez permanente.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Declaro, sob as penas da lei, que não há qualquer beneficiário designado para a cobertura de morte.

Declaro, sob as penas da lei, que não há qualquer beneficiário designado para a cobertura de morte.

Declaro, sob as penas da lei, que não há qualquer beneficiário designado para a cobertura de morte.

Declaro, sob as penas da lei, que não há qualquer beneficiário designado para a cobertura de morte.

TESTEMUNHAS

Nome: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior CPF: 030.920.110-00

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____



2017, 2018 e 2019, o valor médio mensal da receita por usuário foi de R\$ 0,00, R\$ 0,00 e R\$ 0,00, respectivamente. Em 2020, o valor médio mensal da receita por usuário foi de R\$ 0,00.

Em 2017, 2018 e 2019, o valor médio mensal da receita por usuário foi de R\$ 0,00, R\$ 0,00 e R\$ 0,00, respectivamente. Em 2020, o valor médio mensal da receita por usuário foi de R\$ 0,00.

Em 2017, 2018 e 2019, o valor médio mensal da receita por usuário foi de R\$ 0,00, R\$ 0,00 e R\$ 0,00, respectivamente. Em 2020, o valor médio mensal da receita por usuário foi de R\$ 0,00.

Em 2017, 2018 e 2019, o valor médio mensal da receita por usuário foi de R\$ 0,00, R\$ 0,00 e R\$ 0,00, respectivamente. Em 2020, o valor médio mensal da receita por usuário foi de R\$ 0,00.

Em 2017, 2018 e 2019, o valor médio mensal da receita por usuário foi de R\$ 0,00, R\$ 0,00 e R\$ 0,00, respectivamente. Em 2020, o valor médio mensal da receita por usuário foi de R\$ 0,00.





109 342 184-39 *Jose Douglas Gomes Monteiro*
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP Nº 415/2012
Jose Douglas Gomes Monteiro
Alameda *Rua Curieu Valeau*
Levramento *Cidade de Santos* *PE* *CPF 556.042-270*
91184001

☐ R\$ 0,00 ATÉ R\$ 999,99 ☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 25.000,00 ☐ R\$ 25.001,00 ATÉ R\$ 50.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 50.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Contas de Poupança: 237, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000)		☐ CONTA CORRENTE (Contas Correntes: 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 23	
--	--	---	--

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

☐ c. APL que atende a região da academia ou da minha residência realiza períodos com prazo superior a 90 (noventa) dias do período

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
 Se tenha filhos, informe quantos:

Vítima deu ou recebeu alguma coisa? ☐ Sim ☐ Não
 Vítima deu ou recebeu algo? ☐ Sim ☐ Não

Local e Data, Victoria do Brasil 08/09/81

Name _____

CPI _____

(*) *Administración de Buen Gobierno A. RDA*

Assinatura da vítima, beneficiário (declarante)

Downloaded from <http://ajphaphysocpharm.sagepub.com/> at 11:23 11 February 2015

Attestada do Procurador (se houver)

1. Os questionários são enviados para o laboratório de estatística, onde deverão ser checados: OBTENDO PERDAS DE INFORMAÇÃO, MATERIAIS E CAPAS, PARA PREENCHER E ENTREGAR O PREENCHIMENTO FORMULÁRIO. A SEÇÃO DE AVALIAÇÃO DE EXERCÍCIOS DE 2 (DOIS) SEMESTRES, TEMPERO E CULINÁRIA, COMPROMETENDO-SE COM O CUMPRIMENTO DO INTERIORES DA CONDIÇÃO, ANTES DO PREENCHIMENTO E ASSINATURA NECESSÁRIO ANTES DA COPIA DA IDENTIDADE. E-SE O COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

729, 003, 700174034

TESTE MUNHA

Home _____

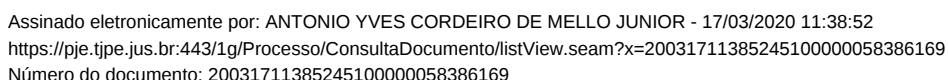
CONFIDENTIAL

Assignment 2

10 | Name: _____

[26]

Abstract





Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
De Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
Mãe: LAURICANE GOMES DA SILVA

Nº registro: 580075
Gênero: Feminino
Endr: S190715532

Cidade de: RECIFE - VA. GUS. - PERNAMBUCO - BRASIL - CATEGORIA DE RISCO: ANTAQ - PE
Data/ Hora: 22/12/2019 - 14:17
Sistema/ Local: N° PRO: 111

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

ACIDENTE REFERIDO POR COLMIA EM FUNDO ESQ E MID. APÓS COLISÃO MOTO/CARRO OCORRIDA NOITE

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 80 mmHg Temp: 36,5 C HGT: 1,60 m
Frec: 80 bpm Altura: 1,60 m Peso: 60 kg

Alimentação:

Classificação de Risco: GRAU URGENTE - VERDE
Tamanho da lesão para: CONSELHEIRO - TRAUMATOLOGIA
Assinatura: TRAUMATOLOGIA

RECIFE - PERNAMBUCO
TAMIRIS L. DIETZ DA SILVA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/03/2020 11:38:52
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031711385245100000058386169
Número do documento: 20031711385245100000058386169





Unidade de Pronto Atendimento
Unidade de Pronto Atendimento

Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
Dt. Nasc.: 12/04/93 - 25 ano (s)
Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA

Nº registro: 580075
Sexo: Feminino
Fone: 8192719932

Endereço: R. FURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE
Data/hora: 22/12/2018 - 14:12
Setor: Leito

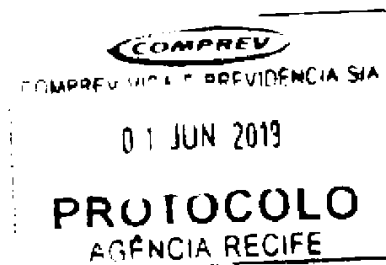
Nº pág.: 1/1

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:



PACIENTE REFERE, DOR E EDEMA EM PUNHO ESQ E MID, APOS COLISÃO MOTO/CARRO OCORRIDA HOJE

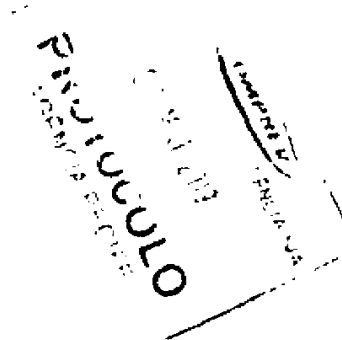
EXAME FÍSICO:

Pa: 120 x 90 mmHg Temp: 36°C HGT: mg/dL
Peso: Kg Altura: m SpO2: %

Observação:

Classificação de Risco
Encaminhado para:
Especialidade:

NÃO URGENTE - VERDE
CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA
TRAUMATOLOGIA



COREN: 500715
TAMIRIS GOMES DA SILVA

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8677





Hospital de Referência
Unidade de Pronto Atendimento

Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO Nº registro: 580075
Dt. Nasc: 12/04/93 - 25 ano(s) Sexo: Feminino
Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA Fone: 8192719932

Endereço: R EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO, VITORIA DE SANTO ANTAO - PE
Data/hora: 22/12/2018 - 14:17 Nº pag.: 1/1
Setor: Leitor

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

(...)

PACIENTE REFERE, DOR E EDEMA EM PUNHO ESQ E MID, APÓS COLISÃO MOTOCARRO OCORRIDA HOJE.

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO:

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 90 mmHg Temp: 36°C HGT: mg/dL
Peso: Kg Altura: m SP O2: %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RESULTADOS DE EXAMES:

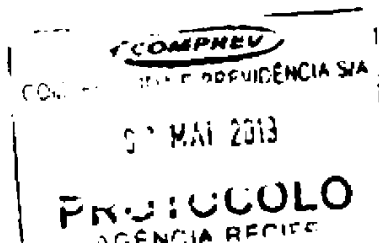
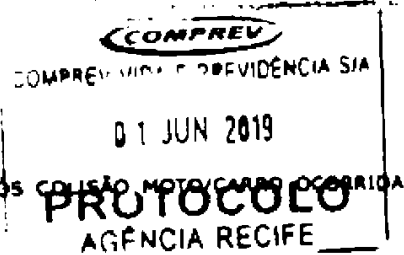
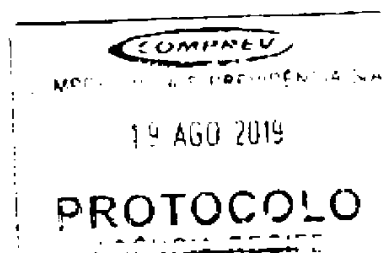
RX DO PUNHO ESQ COM LESSAO DO RADIO ESQ COMINUTIVA COM DESNIVEL ARTICULAR. + EDEMA RESIDUAL. + TALA GESSADA + TIPO LUVA. FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA.

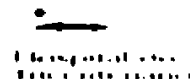
EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA

CRM 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO

Av. Henrique de Meloanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833





Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO **Nº registro:** 580078
De Nasc.: 12/04/93 - 25 ano (s) **Sexo:** Feminino
Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA **Fone:** 8192719932
Endereço: R EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE
Data/hora: 22/12/2018 - 16:16 **Nº pag.:** 1/1
Sector: Leito

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: 140 X 70 Temperatura: 36,6°C
Altura: 1,60m Peso: 55kg

ANAMNESE DO MÉDICO

RX DO PUNHO ESQ COM LESSAO DO RADIO ESQ COMINUTIVA COM DESNIVEL ARTICULAR -
EDEMA RESIDUAL - TALA GESSADA - TIPO LUVA. FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR
DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO - TALA GESSADA TIPO LUVA - TRATAMENTO ELETIVO E
CONDUZTA.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

SS2 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO - FRATURA DE

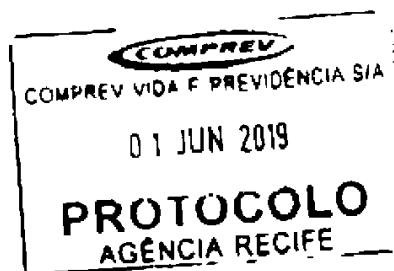
CONDUZTA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

RX PUNHO

DAIDOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp Getúlio Vargas
Motivo: Tratamento Cirurgico
Senha: 5582500



CRM: 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO



Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55002-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-36
INSCRIÇÃO ESTADUAL 3002943-91



CELPE

www.celpe.com.br

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

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao cliente: 0800 281 9142

Ouvadoria: 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DOS SANTOS
PROX A ASSEMBLEIA DE DEUS DO MAUES
CPF: 011.106.514-44

DATA DE VENCIMENTO

10/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/04/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

03/04/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

056501611

CONTA CONTRATO

000143925013

Nº DO CLIENTE

202708372

Nº DA INSTALAÇÃO

96-4621537

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA EURICO VALOAN, 133

LIVRAMENTO VITÓRIA DE SANTO ANTAO

55602-270 VITÓRIA DE SANTO ANTAO PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

261F.CB03.38C1.F466.F1DA.4314.5AFE.1C38

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 474/2012), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Atividade	113,30	0,77336892	87,39
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,16
ICMS Subvenção-CDE-NF 045197901-04/01/19			0,86
PRO-LIQUIDAÇÃO 10412-8960-5600-031-8969			3,00

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Atividade	113,30	0,77336892	87,39
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,16
ICMS Subvenção-CDE-NF 045197901-04/01/19			0,86
PRO-LIQUIDAÇÃO 10412-8960-5600-031-8969			3,00

TOTAL DA FATURA

86,61

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS				PIS				COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
87,39	25,00	21,84		87,39	1,35	1,17		87,39	3,21	2,81	

Tarifas Aplicadas

Consumo Atividade

HISTÓRICO DO CONSUMO

MÊS	CONSUMO (KWh)
ABR 19	113,30
MAR 19	113,30
FEV 19	113,30
JAN 19	113,30
DEZ 18	113,30
NOV 18	113,30
OUT 18	113,30
SET 18	113,30
AUG 18	113,30
JUL 18	113,30
JUN 18	113,30
MAY 18	113,30
ABR 18	113,30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
Consumo Atividade	87,39
Contrib. Ilum. Pública Municipal	5,16
ICMS Subvenção-CDE-NF 045197901-04/01/19	0,86
PRO-LIQUIDAÇÃO 10412-8960-5600-031-8969	3,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	%	Constante	Ajuste	Consumo (KWh)
000000000000294	CAT	07/03/2019 2.014,95	03/04/2019 2.127,25	27	100000	0,00	112,30

Valia R\$ 1,00 para a próxima fatura (10/05/2019)

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	LUGAR	VALOR (R\$)	MÊS	VALOR (R\$)	MÊS	VALOR (R\$)
DESCRIÇÃO	LUGAR	VALOR (R\$)	MÊS	VALOR (R\$)	MÊS	VALOR (R\$)
DESCRIÇÃO	LUGAR	VALOR (R\$)	MÊS	VALOR (R\$)	MÊS	VALOR (R\$)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: ag corraos wagner, avenida maria amélia matriz, crispiel comercial, farmaceutica, rua perimiro de mendes 197, central, etc completa em www.celpe.com.br
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 35.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 474/ANEEL), juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prox. mês.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumo do mês cancela a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art. 7º, REN 581/13.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINALIV	LIMITE DE VARIAÇÃOIV	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000143925013	04/2019	0,00	10/04/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu. Chloroceryle haliae

RG: 8411462, data de expedição 28/05/2010

Órgão ANP, portador do CPF 339.375.764-88, com

domicílio na cidade de Vitória - ES, no Estado de

Camila, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

100-601-1001 Jardim Ipiranga nº 54

complemento 20.000, declaro, sob as penas da lei, que o veículo

abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente

ocorrido com a vítima: Trânsito Acidental

cuyo o condato era Oficina de Correos

Veículo: MC 10

Modelo: X 50

And: 6012 _____

Placa: NRB-3012

Chassis: 980XJ00600000101

Data do Acidente: 01/11/2018

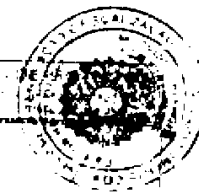
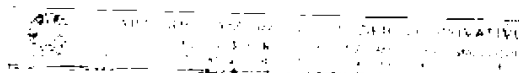
Local e data do cartório: _____

100-443887-100

Assinatura do Declarante

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

Libs: Recognized: this not authentic data.



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Djalma Dias Lima

RG: 8948628, data de expedição 18/03/2010

Órgão SDS, portador do CPF 519 570.764-44, com

domicílio na cidade de Setúbal de Santo Antônio, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

Piso. São Lucas Jardim Piranga nº 34

complemento Casa, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Felix Augusto Gomes Monteiro, cujo o condutor era Djalma Azeite Lima

Veículo: MOTO

Modelo: X56

Ano: 2013

Placa: NAB-3252

Chassi: 9ebKJ0060 00003638

Data do Acidente: 22-12-2018

Local e data do cartório: Urutá, 26. 12/31/2019

DEALMA DIAS LIMA

Assinatura do Declarante

DIALMA DIAS LIMA

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro) —

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

[illegible]