



24/03/2020

Número: **0008868-32.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
A. W. S. (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MARIA SIMONE DA SILVA (REPRESENTANTE)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59716 906	24/03/2020 13:53	2706079_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 21ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00088683220208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Av. Das Nações Unidas, 11.711 - 21º Andar - Brooklin Paulista - São Paulo - SP - CEP: 04578-000, inscrita no CNPJ sob o número 61.074.175/0001-38 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 **ALAN WEVERTON SILVA**, menor representado por sua genitora **MARIA SIMONE DA SILVA**, 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 **25/02/2018**, restando permanentemente inválida.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

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.

IMPORTANTE RESSALTAR A PRESENÇA DE CONTROVÉRSIA NAS INFORMAÇÕES CONSTANTES NOS DOCUMENTOS APRESENTADOS AOS AUTOS EIS QUE O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO CITA QUE A PARTE AUTORA SOFREU QUEDA DE MOTOCICLETA, TODAVIA, O BOLETIM DE OCORRÊNCIA INFORMA QUE A VÍTIMA NA VERDADE FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA, RESTANDO ASSIM AUSENTE O NEXO CAUSAL ENTRE O SUPOSTO ACIDENTE E A INVALIDEZ ALEGADA.

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



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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

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, CPC¹.

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.

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.

¹“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)



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 FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**².

²Y. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro

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



IMPORTANTE RESSALTAR QUE O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO CITA QUE A PARTE AUTORA SOFREU QUEDA DE MOTOCICLETA, TODAVIA, O BOLETIM DE OCORRÊNCIA INFORMA QUE A VÍTIMA NA VERDADE FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA.

ORA, EXA., RESTA DEMONSTRADA A CONTROVÉRSIA DE INFORMAÇÕES CONSTANTES NOS DOCUMENTOS ACOSTADOS À EXORDIAL, ESTANDO, ASSIM, AUSENTE O NEXO CAUSAL ENTRE O SUPOSTO ACIDENTE E AS LESÕES ACOMETIDAS À PARTE AUTORA.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo³.

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

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.

DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

³ APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)

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.”

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



Frise-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.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

⁷ **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, 13 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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 **MAPFRE VERA CRUZ 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 **ALAN WEVERTON SILVA**, em curso perante a **21ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00088683220208172001.

Rio de Janeiro, 13 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





24/03/2020

Número: **0008868-32.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
A. W. S. (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MARIA SIMONE DA SILVA (REPRESENTANTE)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59716 910	24/03/2020 13:53	ANEXO 1	Outros (Documento)



Hospital Dr. Alberto de Oliveira

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro Atendimento Médico : 65.732 Data: 25/02/2018 Hora: 16:1
Unidade de Origem : Profissional ACS :
Nome do Paciente : ALAN WEVERTON SILVA Genitor: MARIA SIMONE DA SILVA
Data Nascimento : 30/10/2005 Idade: Idade : 12 anos 03 meses 26 dias Sexo Feminino : Não Sexo Masculino : Sim Cor: M
Endereço : RUA 05 Nº: 150
Bairro: FREI DAMIÃO Ponto Referência :
Nome do Acompanhante : MARIA SIMONE DA SILVA Tipo de Acompanhante : Mãe
Local de Ocorrência : HOSPITAL DR. ALBERTO DE OLIVEIRA
Tipo de Ocorrência : Acidente de Trânsito

COMPREV
16 JAN 2020
PROTOCOLO
Temperatura: 36,5°C

P.A.: SPO2: Pulso: F. Respiratória: HGT: Temperatura: 36,5°C

Queixa Principal : Paciente trazido pelo pai, com história de queda do moto. Lesão de contusão (?)
Exame Físico : CEF, regular, corado; Pulso rápido, 120 bpm. 16/02/2020

Hipótese Diagnóstico :

Exames Solicitados :

Tratamento Proposto :
OK

1) Dica: Não beber + evitar álcool
2) MVE em NIT 12-18 / 5-10
3) RCR 2T Pulso Ausente
4) GCS 12 / Pupilas Isocóricas / 2m de pupil. reat.
5) Contusão no foc / fratura fechada braço dire.

Dr. Sylvan Soares
Médico
CRM: 24.720

Dr. SYLVAN SILVA SOARES

Destino do Paciente : Observação Clínica

OBS:

SEM DOCUMENTOS...

Recepcionista :

Tamires



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 937839

Nome: Alan Weverton Sili.

Foi atendido às _____ hs. do dia 25 / 02 / 18 DA 02/03/18

Diagnóstico Provável:

Poli-traumatizado
tra
fratura de fêmur
contusão pulmonar.

Tratamento Realizado:

Internado na UTI 25/02/18.
tra de dorso e cervical nível
alta do neuro 26/02/18.
foi intubado do dia 25/02
a 27/02/18
Vent para CVC

Observação:

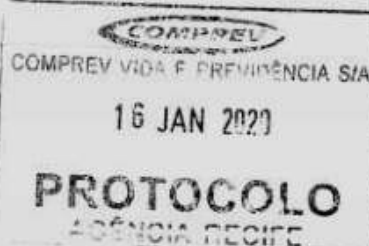
fx VAT
colocar tala gessada.
paciente do trauma.

Cópia de: _____

Médico - CRM Nº _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 937839

Nome: Alan Weverton Siqueira

Foi atendido às _____ hs. do dia 25, 02, 18 DA 02/03/18

Diagnóstico Provável:

Poli-traumatizado

TCE

fratura de fêmur

contusões pulmonares.

Tratamento Realizado: Internado na UTI 25/02/18.

TCE de crânio e cervical nível

alta do neuro 26/02/18.

ficou intubado do dia 25/02

a 27/02/18

Visto pela CIDC

Observação: Jg VAT

colocar tala gessada.

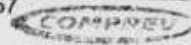
paciente do trauma.

Cópia de:

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

16 JAN 2021

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 937839

Nome: Alan Weverton Sili.

Foi atendido às _____ hs. do dia 25, 02, 18 DA 02/03/18

Diagnóstico Provável:

Poli-traumatizado
TCE
fratura de MSD
contusão pulmonar.

Tratamento Realizado: Internado na UTI 25/02/18.
TCE de crânio e cervical nível
C6 do tipo 26/02/18.
Ficou intubado do dia 25/02
a 27/02/18
VSB pela CVC

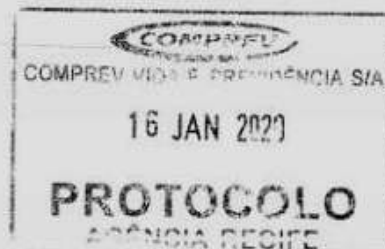
Observação: Sx VAT
colocar dala giratória.
paciente do trauma.

Cópia de:

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
SERVIÇO DE NEUROLOGIA



Laudo Médico

Declaro que o paciente ALAN WEVERTON SILVA SIC

Registro: 1624131 Cartão SUS:

DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO NO DIA 25/02/2018, APÓS ATROPELAMENTO, EVOLUINDO COM TCE E FRATURA FECHADA DE ÚMERO DIREITO (SEM DANO NEUROVASCULAR EM MMSS).

CID: S42.3

REALIZADO IMOBILIZAÇÃO COM "PINÇA-DE-CONFEITEIRO". OBSERVADO PADRÃO DE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA TRATAMENTO CONSERVADOR.

- 1- ALTA HOSPITALAR
- 2- RETORNO AO AMBULATORIO DE DR FELIPE MONTE EM 2 SEMANAS
- 3- AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 45 DIAS
- 4- PERMANECER COM IMOBILIZAÇÃO ATÉ CONSULTA DE RETORNO

DATA: 09/03/2018

Dr. José Vinícius Gomes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25516

JOSE VINICIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516

MÉDICO/CRM



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



Laudo Médico

Declaro que o paciente ALAN WEVERTON SILVA SIC

Registro: 1624131

Cartão SUS:

DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO NO DIA 25/02/2018, APÓS ATROPELAMENTO, EVOLUINDO COM TCE E FRATURA FECHADA DE UMEROS DIREITO (SEM DANO NEUROVASCULAR EM MMSS).

CID: S42.3

REALIZADO IMOBILIZAÇÃO COM "PINÇA-DE-CONFEITEIRO". OBSERVADO PADRÃO DE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA TRATAMENTO CONSERVADOR.

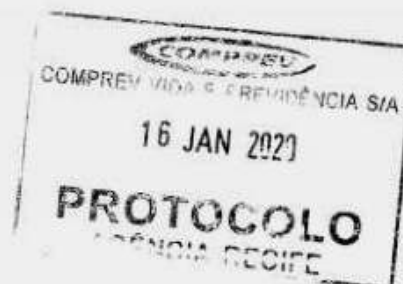
- 1- ALTA HOSPITALAR
- 2- RETORNO AO AMBULATORIO DE DR FELIPE MONTE EM 2 SEMANAS
- 3- AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 45 DIAS
- 4- PERMANECER COM IMOBILIZAÇÃO ATÉ CONSULTA DE RETORNO

DATA: 07/03/2018

Dr. José Vinícius Gomes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 25516

JOSE VINICIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516

MÉDICO/CRM







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028128 **Cidade:** Bonito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN WEVERTON SILVA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE UMEROS DIREITO
TRAUMA CRANIO ENCEFÁLICO LEVE

Descrição do exame físico: VÍTIMA COM ARCO EIXO ANATOMICO DO BRAÇO PRESERVADO, COM TROFISMO MUSCULAR EQUIVALENTE AO LADO CONTRALATERAL

Resultados terapêuticos: VÍTIMA COM ARCO DE MOVIMENTO PRESERVADO, COM TROFISMO MUSCULAR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 27/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA SEM SEQUELAS ANATOMICAS OU FUNCIONAIS DO REFERIDO ACIDENTE

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: 3200028128 **Cidade:** Bonito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN WEVERTON SILVA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE UMEROS DIREITO
TRAUMA CRANIO ENCEFÁLICO LEVE

Descrição do exame físico: VÍTIMA COM ARCO EIXO ANATOMICO DO BRAÇO PRESERVADO, COM TROFISMO MUSCULAR EQUIVALENTE AO LADO CONTRALATERAL

Resultados terapêuticos: VÍTIMA COM ARCO DE MOVIMENTO PRESERVADO, COM TROFISMO MUSCULAR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 27/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA SEM SEQUELAS ANATOMICAS OU FUNCIONAIS DO REFERIDO ACIDENTE

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: 3200028128 **Cidade:** Bonito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN WEVERTON SILVA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P.1,2,5(BAM) P.5(RELATÓRIO) SINISTRO OCORRIDO EM 25/02/2018. / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028128 **Cidade:** Bonito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN WEVERTON SILVA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1,2,5(BAM) P.5(RELATÓRIO) SINISTRO OCORRIDO EM 25/02/2018. / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023948/20

Vítima: ALAN WEVERTON SILVA

Data do acidente: 25/02/2018

CPF: 083.138.854-40

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALAN WEVERTON SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA SIMONE DA SILVA : 072.896.144-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ALAN WEVERTON SILVA : 083.138.854-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: MARIA SIMONE DA SILVA
CPF: 072.896.144-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

MARIA SIMONE DA SILVA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA





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, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028128

Vítima: ALAN WEVERTON SILVA

Data do Acidente: 25/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA SIMONE DA SILVA

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 15381958

Pag. 01763/01764 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028128

Vítima: ALAN WEVERTON SILVA

Data do Acidente: 25/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA SIMONE DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00083/00084 - carta_02 - INVALIDEZ

00080042



Carta nº 15394149





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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028128

Vítima: ALAN WEVERTON SILVA

Data do Acidente: 25/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA SIMONE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00589/00590 - carta_04 - INVALIDEZ

00050295



Carta nº 15484398



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

10 ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

083138854-40

Alan Weirton Silva

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Alan Weirton Silva

083138854-40

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Revisor - de

8 - Endereço: Rua São Jorge

9 - Número: 427

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Bonito/MS

Bonito

PE

55680-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 9668-4814

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

Maria Simone da Silva

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

072896844-02

Revisor - de

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6989

CONTA: 3561

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV VIGIA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Bonito, 30/11/19

Maria Simone da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Ano ou ASL: 2 - CPF da vítima: 083138854-40 3 - Nome completo da vítima: Alan Weirton Silva

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

5 - Nome completo: Alan Weirton Silva 6 - CPF: 083138854-40
7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: Rua São Jorge 9 - Número: 427 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bonito 12 - Cidade: Bonito 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55680-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 9668-4814

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Maria Simone da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 072896844-02 19 - Profissão do Representante Legal: Recusou-se

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 6989 2 CONTA: 3561 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data, Bonito, 30/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200028128
Nome do(a) Examinado(a): Alan Weverton Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sao Jorge, 427 Loto Frei Damiao
Centro Bonito PE CEP: 55680-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 08313885440
Data local do acidente: [25/02/2018]
Data local do exame: [27/01/2020] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
**FRATURA DE UMER O DIREITO
TRAUMA CRANIO ENCEFÁLICO LEVE**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA COM IMOBILIZAÇÃO E SUPORTE CLÍNICO
TCE- TRATAMENTO CONSERVADOR COM SUPORTE CLÍNICO
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE
Data da Alta: 10/12/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VÍTIMA COM ARCO EIXO ANATOMICO DO BRAÇO PRESERVADO, COM TROFISMO MUSCULAR EQUIVALENTE AO LADO CONTRALATERAL
- IV. Nex o de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" **(X) "Sem sequela permanente"**
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |

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

Vítima sem sequelas anatomicas ou funcionais do referido acidente

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


Jackson José Florêncio Júnior
Especialista em Traumatologia
CRM - PE 18.573
TEOT 13621



COMPREV
COMPREV VIGIA E PREVIDÊNCIA S/A

16 JAN 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 092ª CIRCUNSCRIÇÃO - BONITO -
DP92ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0182001192**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/10/2019 às
14:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 26/2/2018 às 16:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BONITO, 1, BAIRRO FREI
DAMIÃO - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA SIMONE DA SILVA (NOTICIANTE)
ALAN WEVERTON SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**MARIA SIMONE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DO
CARMO DA SILVA Pai: JOÃO CANDIDO DA SILVA Data de Nascimento: 17/4/1986
Naturalidade: BONITO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7072061/SDS/PE (RG) Estado
Civil: VIUVO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones
Celulares
- 21982582737**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BONITO, 427, RUA 05, FREI DAMIÃO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ALAN WEVERTON SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
SIMONE DA SILVA Pai: JOSÉ AGNALDO DA SILVA Data de Nascimento: 30/10/2005
Naturalidade: BONITO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 08313885440 (CPF) Estado
Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BONITO, 427, RUA 05, FREI DAMIÃO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL****

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**



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

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

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

Complemento / Observação

PRESENTE A ESTA DELEGACIA SE ENCONTRA A SENHORA MARIA SIMONE DA SILVA, MÃE E RESPONSÁVEL LEGAL DE ALAN WÉVERTON SILVA, QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 25 DE FEVEREIRO DE 2018, NESTE MUNICÍPIO, NO BAIRRO FREI DANIÃO, OPORTUNIDADE EM QUE FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA (NÃO VIU MODELO OU COR) PILOTADA POR UMA PESSOA DESCONHECIDA, COMO ATESTAM OS DOCUMENTOS TRAZIDOS POR SUA MÃE (DECLARAÇÃO DO SAMU E FICHA DE ATENDIMENTO E LAUDO MÉDICO).

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

**MARIA SIMONE DA SILVA
(NOTICIANTE)**

Maria Simone da Silva

B.O. registrado por: **ANGELLO RONCALLI MAGALHAES QUARESMA FILHO -**
Matrícula: **2875257**

[Assinatura]



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

10 ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

083138854-40

Alan Weirton Silva

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Alan Weirton Silva

083138854-40

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Revisor - de

8 - Endereço: Rua São Jorge

9 - Número: 427

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Bonito/MS

Bonito

PE

55680-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 9668-4814

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

Maria Simone da Silva

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

072896344-02

Revisor - de

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 69892

CONTA: 3561

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

COMPREV VIGIA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

PROTOCOLADO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Bonito, 30/11/19

Maria Simone da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE: BONITO

1º DISTRITO DE: BONITO - (SEDE)

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nº 27.939

Eu, Bel. Lamartine Cavalcanti Alves oficial do

REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 139 v do livro "A" 57 do registro de

nascimento, foi feito o assento de ALAN WÉVERTON SILVA : : : : :

nascido no dia trinta (30) : : : : : de outubro (10) : : :

de dois mil e cinco (2.005) : : : : :

às 08h50 : : : : : horas, no hospital Dr. Alberto d'Olivei

ra, nesta Cidade : : : do sexo masculino

filho de JOSÉ AGNALDO DA SILVA : : : : :

e de MARIA SIMONE DA SILVA : : : : :

sendo avós paternos // : : : : :

e Terezinha Maria Francisca da Conceição : : : : :

e maternos João Cândido da Silva : : : : :

e Maria do Carmo da Silva : : : : :

Foi declarante o genitor

e serviram de testemunhas dispensadas - Lei 9.997/2.000

e

OBSERVAÇÕES: foi apresentada a DNV nº 23206490

Registrado em 31 de outubro de 2.005

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

1º DISTRITO - SEDE

BONITO - PE

Bel LAMARTINE CAVALCANTI ALVES

Oficial

Rua Esdras Emiliano de Souza, 175 - Centro

CEP 55680-000 - Fone. (81) 3737-1554

Bonito (PE)

31

de

outubro

de 20

05

FEITO NO CARTÓRIO

AGNALDO CAVALCANTI

Rua Siqueira Campos, 88

Recife - PE

Oficial

TALÃO CERTIDÃO DE NASCIMENTO - Nº 102
MOD. 1.0/1

20813800-001324

PROTOCOLO

16 JAN 2020

COMPRÉVIMOS E PRESENCIA S/A

CONFIRMADO

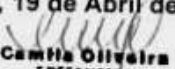


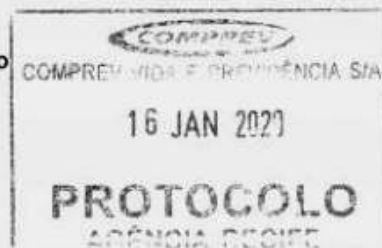
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sra Maria Simone da Silva Nº DO CPF: 072.896.144-02 e RG Nº 7.072.061 SDS, Mãe e responsável de Alan Wéverton Silva Nº de Registro: 27.939 que consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por este serviço ao MESMO com ID: 0308, no dia 25 de fevereiro de 2018, às 16H e 29 min, no endereço: **Bairro Frei Damião / próximo ao Hotel Brisa / Bonito** com queixa de **queda de moto**, tendo sido enviada USB, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a para o Hospital Dr. Alberto D'Oliveira.

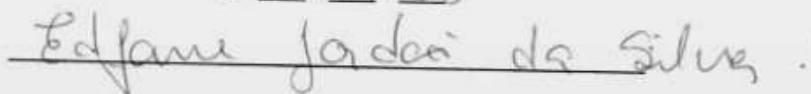
De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: **Avaliação, imobilização e remoção.**

Bonito, 19 de Abril de 2018.


Camila Oliveira
ENFERMEIRA
Coordenadora SAMU
CORDEIRO
Camila Oliveira
Enfermeira Coordenadora Base Bonito



Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE Bonito
em 20/04/18





SUS	PREFEITURA DE _____						SAMU 192
	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE						
	SAMU REGIONAL AGRESTE – REGISTRO DE ATENDIMENTO						
Médico Regulador			TARM		Operador de frota		
Data 25/02/18		Hora 16:29	ID 0308	Nº ocorrência 2	Unidade móvel USB	Base da unidade Bonito	
Endereço da ocorrência							Nº
Bairro Fruí Domício				Município Bonito			
Ponto de referência ao lado do Priso matel							
Nome da vítima Adon Werrinton silva						Idade 12	Sexo M F
Solicitante / Fone			Cartão de saúde - SUS				
Família							
Queixa Queda de moto							
Comunicação 16:29	Saída da base 16:30	Chegada no local 16:33	Saída do local 16:43	Chegada no destino 16:44	Saída do destino 16:50	Chegada na base 16:58	
☐ Transferência (senha): _____							
Tipo de Agravado: ☐ Acidente Trânsito: _____ ☐ Pedestre ☐ Condutor do veículo ☐ Passageiro do veículo ☐ Agressão ☐ Clínico ☐ Desabamento/Soterramento							
☐ Eletrocussão ☐ FAB ☐ FAF ☐ Gineco-obstétrico ☐ Lesões térmicas ☐ Pediátrico ☐ Psiquiátrico ☐ Quase Afogamento							
☐ Queda _____ Metro ☐ Queimadura ☐ Térmica ☐ Química ☐ Elétrica ☐ Outros: _____							
Antecedente: ☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ Alergia ☐ AVC ☐ Cirurgias Realizadas							
☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença infecto contagiosa ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal							
☐ Drogadição ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos anteriores ☐ Medicamento: _____ ☐ Problemas Respiratórios ☐ Outros: _____							
Exame Clínico: Principais sintomas / Queixas ☐ Agitação/agressividade ☐ Alergia ☐ Ausência de pulso ☐ Cianose							
☐ Convulsão ☐ Diarreia ☐ Dificuldade Respiratória ☐ Dor Local ☐ Febre ☐ Inconsciente/Desmaio							
☐ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ Outros: _____							
Início dos Sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe							
Dados Vitais:							
Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início	140x70	60	18	36		98%	
Fim							
RESPIRAÇÃO:							
Via Aérea: ☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Total ☐ Corpo Estranho ☐ Bronco Aspiração ☐ Edema de Glote ☐ OBS		Respiração/Ventilação: ☒ Espontânea ☐ Parada Respiratória ☐ Assistida ☐ Ritmo Irregular		Ausulta: ☒ Normal ☐ Roncos/sibilos ☐ Estertores ☐ Diminuição MV ☐ Ausência MV		Expansibilidade: ☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular	
Achados: ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectorção mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Etilico ☐ Outros: _____							
CIRCULAÇÃO							
Pele: ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros		☐ Edema: ☐ Ausente ☐ Palpebral ☐ M Inferiores ☐ Anasarca		☐ Perfusão: ☒ Normal ☐ Retardada ☐ Ausente		☐ Pulso: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente	
☐ Ausculta: ☒ Normal ☐ Hipofonese ☐ Atrito pericárdio ☐ Arritmia ☐ Sopro		☐ ECG: ☒ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado					

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 16 JAN 2020
PROTOCOLO
 AGÊNCIA REGISTRO

 SUS	PREFEITURA DE _____					 SAMU 192
	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE					
	SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO					
Médico Regulador			TARM		Operador de frota	
Data 25/02/18		Hora 16:29	ID 0308	Nº ocorrência 2	Unidade móvel USB	Base da unidade Bonito
Endereço da ocorrência						Nº
Identificação	Bairro Fru Domios			Município Bonito		
	Ponto de referência ao lado do Priso Matel					
	Nome da vítima Adon Werton Silva					Idade 12
	Solicitante / Fone Familia					Sexo M F
	Cartão de saúde - SUS					
Queixa Queda de moto						
Comunicação 16:29	Saída da base 16:30	Chegada no local 16:33	Saída do local 16:45	Chegada no destino 16:47	Saída do destino 16:50	Chegada na base 16:58

☐ Transferência (senha): _____

Tipo de Agravado:

- ☐ Acidente Trânsito: _____
☐ Pedestre
☐ Condutor do veículo
☐ Passageiro do veículo
☐ Agressão
☐ Clínico
☐ Desabamento/Soterramento

- ☐ Eletrocussão
☐ FAF
☐ FAF
☐ Gineco-obstétrico
☐ Lesões térmicas
☐ Pediatría
☐ Psiquiatria
☐ Quase Afogamento

- ☐ Queda _____ Metro
☐ Queimadura
☐ Térmica
☐ Química
☐ Elétrica
☐ Outros: _____

Antecedente:

- ☐ AIDS
☐ Alcoolismo
☐ Alergia
☐ AVC
☐ Cirurgias Realizadas

- ☐ Convulsões
☐ Diabetes
☐ Doença Cardíaca
☐ Doença infecto contagiosa
☐ Doença Mental
☐ Doença Renal

- ☐ Drogadição
☐ Hipertensão Arterial
☐ Internamentos anteriores
☐ Medicamento: _____
☐ Problemas Respiratórios
☐ Outros: _____

Exame Clínico:

Principais sintomas / Queixas

- ☐ Agitação/agressividade
☐ Alergia
☐ Ausência de pulso
☐ Cianose

- ☐ Convulsão
☐ Diarreia
☐ Dificuldade Respiratória
☐ Dor Local
☐ Febre
☐ Inconsciente/Desmaio

- ☐ Palidez
☐ Sangramento
☐ Vômito
☐ Outros: _____

Início dos Sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início	140x70	60	18	36		98%	
Fim							

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

- ☒ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Total
☐ Corpo Estranho
☐ Bronco Aspiração
☐ Edema de Glote
☐ OBS

Respiração/Ventilação:

- ☒ Espontânea
☐ Parada Respiratória
☐ Assistida
☐ Ritmo Irregular

Ausculta:

- ☒ Normal
☐ Roncos/sibilos
☐ Estertores
☐ Diminuição MV
☐ Ausência MV

Expansibilidade:

- ☒ Normal
☐ Superficial
☐ Regular
☐ Irregular

Achados: ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Fétido ☐ Outros: _____

CIRCULAÇÃO

- Pele:** ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros
Edema: ☐ Ausente ☐ Palpebral ☐ M Inferiores ☐ Anasarca
Perfusão: ☒ Normal ☐ Retardada ☐ Ausente
Pulso: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente
Ausculta: ☒ Normal ☐ Hipofonose ☐ Atrito pericárdio ☐ Arritmia ☐ Sopros
ECG: ☒ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

COMPROMISSO
COMPROMISSO E PREVIDÊNCIA S/A

16 JAN 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50940-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019103364917

Escritório: BONITO

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE
MARIA SIMONE DA SILVA
R. SÃO JORGE, N. 00427 - LOT. FREI DAMIAO - CENTRO BONITO PE 55680-000
INSCRIÇÃO: 023.810.355.0000.236

PARCELAMENTO: 00336491.7 10/2019-7

GRUPO: 7

OPÇÃO DÊB. AUTOMÁTICO: 00336491.7

SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO		SITUAÇÃO DE CONSUMO	
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
111F126015	30/09/2019	30/09/2019	30/09/2019	30/09/2019	30/09/2019
ÁGUA		ESGOTO		VOLUME: 0	
LEIT. ANT.: 806		CONSUMO: 7		LEIT. ANT.: 806	
LEIT. ATUAL: 816		TAXA MÍNIMA		LEIT. ATUAL: 816	
LEIT. FAT.: 816		ANORMALIDADE DE LEITURA		LEIT. FAT.: 816	

HISTÓRICO DE CONSUMO		PARÂMETROS		NÚMEROS DE AMOSTRAS	
REFERÊNCIA/CONSUMO	VALOR	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDIMENTO A LEGISLAÇÃO	
09/2019 7/	7/	43	46	45	
08/2019 7/	7/	43	46	45	
07/2019 7/	7/	43	46	45	
06/2019 6/	6/	43	46	45	
05/2019 6/	6/	43	46	45	
04/2019 10/	10/	43	46	45	
MÉDIA 7/ 0	0	43	46	45	

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

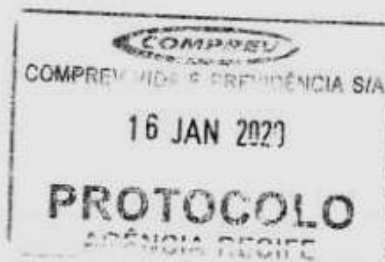
ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

7 M3

44,08



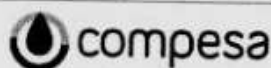
PIS	44,08	1,85	0,73
COFINS	44,08	7,40	3,35

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR: 44,08

Entido por: INTERNET

Entido em: 07/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 00336491.7 10/2019-7

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR: 44,08

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82830000000-7 44080018023-7 00336491701-0 10201970003-5



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50940-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019103364917

Escritório: BONITO

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE
MARIA SIMONE DA SILVA
R. SÃO JORGE, N. 00427 - LOT. FREI DAMIAO - CENTRO BONITO PE 55680-000
INSCRIÇÃO: 023.810.355.0000.236

00336491.7 10/2019-7

GRUPO: 7

OPÇÃO DÊB. AUTOMÁTICO: 00336491.7

SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO		SITUAÇÃO DE CONTABILIDADE	
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
111F126015	30/09/2019	30/09/2019	30/09/2019	TÍPO DE CONSUMIDOR / MÉDIA M3 /	
ÁGUA		ESGOTO		VOLUME: 0	
LEIT. ANT.: 806	CONSUMO: 7	LEIT. ANT.: 1	LEIT. ATUAL:		
LEIT. ATUAL: 816	TAXA MÍNIMA	LEIT. ATUAL:	LEIT. FAT.:		
LEIT. FAT.: 816	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. FAT.:	LEIT. FAT.:		
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS			
09/2019 7/	A	NÚMEROS DE AMOSTRAS			
08/2019 7/	A	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11			
07/2019 7/	A	ANÁLISES REALIZADAS			
06/2019 6/	A	ATENDEM A LEGISLAÇÃO			
05/2019 6/	A	TÚRBIDES			
04/2019 10/	A	COR APARENTE			
MÉDIA 7/ 0	A	CLORO RESIDUAL			
		COLIFORMES TOTAIS			
		E. COLI			
		OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.			
		(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.			
		(3) OS PARÂMETROS COR E TÚRBIDES SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

7 M3

44,08



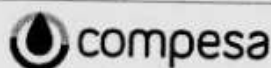
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
PIS		44,08	1,85
COFINS		44,08	7,40
			9,25

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR: 44,08

Entido por: INTERNET

Entido em: 07/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 00336491.7 10/2019-7

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR: 44,08

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPEA

82830000000-7 44080018023-7 00336491701-0 10201970003-5



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

