



Número: **0001055-13.2019.8.17.3480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Timbaúba**

Última distribuição : **03/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALDAIR SOUZA FREIRE (AUTOR)		EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59650423	23/03/2020 13:56	2706137_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TIMBAUBA/PE

Processo: 00010551320198173480

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALDAIR SOUZA FREIRE**, 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 **12/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 14/08/2019.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO INDEFERIMENTO DA INICIAL

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

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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;



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.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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)



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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **12/07/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.”



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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1,687.50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais 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.

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.



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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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,

TIMBAUBA, 16 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.



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ALDAIR SOUZA FREIRE**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **TIMBAUBA**, nos autos do Processo nº 00010551320198173480.

Rio de Janeiro, 16 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: **0001055-13.2019.8.17.3480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Timbaúba**

Última distribuição : **03/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALDAIR SOUZA FREIRE (AUTOR)		EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59650424	23/03/2020 13:56	ANEXO 1	Outros (Documento)

CEPE
 CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM EDUCAÇÃO
 Rua da Educação, nº 100 - Centro - Recife - PE 50000-000
 Fone: (081) 3222-1111 - Fax: (081) 3222-1112
 E-mail: cep@cepe.ufpe.br

APROVAÇÃO EM EXAME DE QUALIFICAÇÃO
 Nome: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**
 Data de Nascimento: **15/08/1980**
 Data de Exame: **15/08/2019**
 Local: **RECIFE**

RESULTADO DO EXAME

Disciplina	Nota	Classificação
Português	8,0	1º
Matemática	7,0	2º
Física	6,0	3º
Química	5,0	4º
História	4,0	5º
Geografia	3,0	6º
Inglês	2,0	7º
Artes	1,0	8º
Educação Física	0,0	9º
Religião	0,0	10º
Totais	39,0	

Observações:
 O candidato foi aprovado no exame de qualificação e poderá participar do processo de seleção para o curso de graduação em Física.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
 CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM EDUCAÇÃO

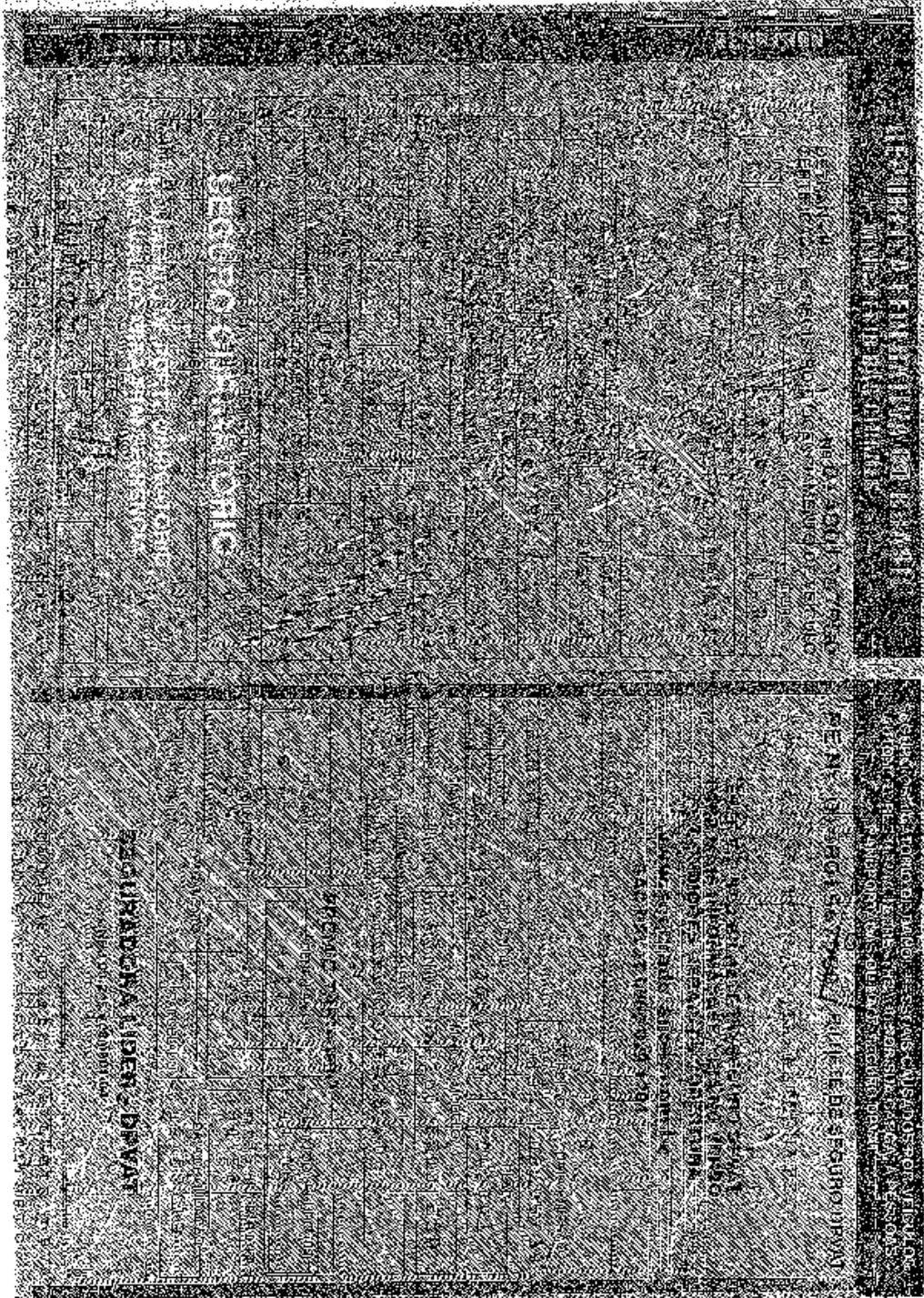
EXAME DE QUALIFICAÇÃO
 Nome: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**
 Data de Nascimento: **15/08/1980**
 Data de Exame: **15/08/2019**
 Local: **RECIFE**

RESULTADO DO EXAME

Disciplina	Nota	Classificação
Português	8,0	1º
Matemática	7,0	2º
Física	6,0	3º
Química	5,0	4º
História	4,0	5º
Geografia	3,0	6º
Inglês	2,0	7º
Artes	1,0	8º
Educação Física	0,0	9º
Religião	0,0	10º
Totais	39,0	

Observações:
 O candidato foi aprovado no exame de qualificação e poderá participar do processo de seleção para o curso de graduação em Física.

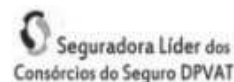
DEPARTAMENTO DE EXAMES
15 AGO 2019
 Genísio
 Av. G. Barboza, nº 715 - Lote 5
 Olinda - Recife - PE - 50000-000



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE INTERIO
5 AGO. 2019
SECRETARIA S/A.
Caja 715 - Loja 5
PC - CEP 52011-000



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340840/19

Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE

CPF: 822.934.814-68

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 12/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDAIR SOUZA FREIRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

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

ALDAIR SOUZA FREIRE : 822.934.814-68

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: 02/10/2019
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

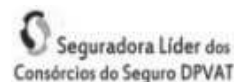
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397190/19

Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE

CPF: 822.934.814-68

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 12/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDAIR SOUZA FREIRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

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

ALDAIR SOUZA FREIRE : 822.934.814-68

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: 12/11/2019
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190634695 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE **Data do acidente:** 12/07/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190634695 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE **Data do acidente:** 12/07/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190634695 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE **Data do acidente:** 12/07/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL

Outorgante: Aldair Souza Freire, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF de nº. 822.934.814-68, residente e domiciliado na Rua Landacy Lopes Barbosa, nº 6, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6.425.924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Data do Acidente: 12/ julho de 2019

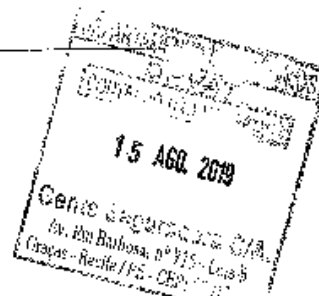
Natureza: Invalidez.

Timbaúba, 14 de agosto de 2019.

x Aldair Souza Freire
Reconheço por autenticidade

Testemunha I.

Testemunha II.



PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL

Outorgante: Aldair Souza Freire, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF de nº. 822.934.814-68, residente e domiciliado na Rua Landacy Lopes Barbosa, nº 6, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6.425.924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Data do Acidente: 12/ julho de 2019

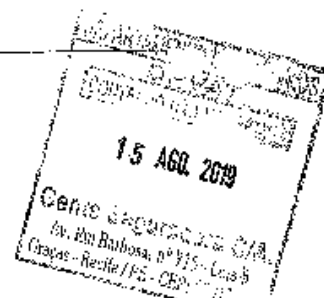
Natureza: Invalidez

Timbaúba, 14 de agosto de 2019

x Aldair Souza Freire
Reconheço por autenticidade

Testemunha I.

Testemunha II.



PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL

Outorgante: Aldair Souza Freire, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF de nº. 822.934.814-68, residente e domiciliado na Rua Landacy Lopes Barbosa, nº 6, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6.425.924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

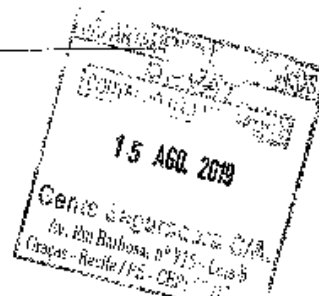
Data do Acidente: 12/ julho de 2019
Natureza: Invalidez.

Timbaúba, 14 de agosto de 2019.

x Aldair Souza Freire
Reconheço por autenticidade

Testemunha I.

Testemunha II.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280974/19

Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE

CPF: 822.934.814-68

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 12/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDAIR SOUZA FREIRE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

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

ALDAIR SOUZA FREIRE : 822.934.814-68

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: 15/08/2019
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019
Nome: Isabella Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabella Antonia dos Santos Ursulino



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397190/19

Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE

CPF: 822.934.814-68

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 12/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDAIR SOUZA FREIRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

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

ALDAIR SOUZA FREIRE : 822.934.814-68

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: 12/11/2019
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340840/19

Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE

CPF: 822.934.814-68

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 12/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDAIR SOUZA FREIRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

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

ALDAIR SOUZA FREIRE : 822.934.814-68

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: 02/10/2019
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino





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, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634695

Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE

Data do Acidente: 12/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALDAIR SOUZA FREIRE

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 15102307





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, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634695

Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE

Data do Acidente: 12/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALDAIR SOUZA FREIRE

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ALDAIR SOUZA FREIRE**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000001877-5**

Conta: **0000012593-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

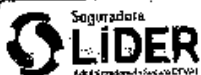
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 822.934.814-68 4 - Nome completo da vítima: Aldair Souza Freire

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

5 - Nome completo: Aldair Souza Freire 6 - CPF: 822.934.814-68 7 - Profissão: recuse 8 - Endereço: Praça Kennedy, Rpps Barão 9 - Número: 6 10 - Complemento: casa 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Jumbato 13 - Estado: SP 14 - CEP: 13587-000 15 - E-mail: eholpreat@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (81) 99916-7948

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Indicar o banco) Nome do BANCO: Bradesco AGÊNCIA: 1877 6 CONTA: 12593 8

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 - PRETENSÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob pena de lei, que não tenho conhecimento de apresentação de laudo médico do IML para os fins de concessão de indenização por invalidez permanente, ou de um parecer como não há.

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

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e o julgamento das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PRETENSÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou viúva) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - País de origem: ☐ Brasileiro ☐ Estrangeiro

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 manuseio (ou massagem)? ☐ 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 restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 218 do Código Penal.

34 - Imagem digital da vítima ou não digital: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jumbato, 14/08/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 0002/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/03/2020 13:56:22

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032313562239500000058656082

Número do documento: 20032313562239500000058656082

Num. 59650424 - Pág. 17



Bradesco

Use já seu **CARTÃO DE DÉBITO** para fazer compras

Desbloqueie seu cartão em qualquer máquina de Autoatendimento Bradesco.

Basta digitar a **senha de 6 dígitos** para fazer suas compras.

É prático e você não paga tarifa.



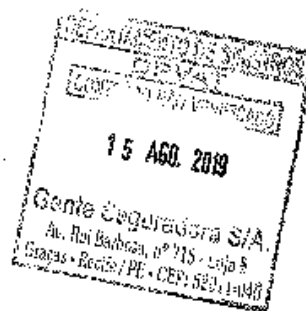
5090 0063 8326 0103

VALID THRU

08/22 1877 5 0012593 8 01 00

VÁLIDO ATÉ AGÊNCIA DIG CONTA DIG VIA TIPO

ALDAIR SOUZA FREIRE



Scanned with CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 822.934.814-68 4 - Nome completo da vítima: Aldair Souza Freire

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

5 - Nome completo: Aldair Souza Freire 6 - CPF: 822.934.814-68 7 - Profissão: recuso 8 - Endereço: Praça Kennedy, Rpps Barão 9 - Número: 6 10 - Complemento: casa 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Jumbato 13 - Estado: SP 14 - CEP: 13587-000 15 - E-mail: eholsaat@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (81) 99216-7948

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Indicar o banco) Nome do BANCO: Bradesco AGÊNCIA: 1877 6 CONTA: 12593 8

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 - PRETENSÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não tenho conhecimento de apresentação de laudo médico (IML) para os fins de requerimento de indenização por invalidez permanente, em virtude de acidente de trânsito.

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

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e o julgamento das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PRETENSÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou viúva) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - País de origem: Brasil

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 maxilar (ou maxilar)? ☐ 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 restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 216 do Código Penal.

34 - Assinatura digital da vítima ou representante legal 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jumbato, 14/08/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 0002/2019



Bradesco

Use já seu **CARTÃO DE DÉBITO** para fazer compras

Desbloqueie seu cartão em qualquer máquina de Autoatendimento Bradesco.

Basta digitar a **senha de 6 dígitos** para fazer suas compras.

É prático e você não paga tarifa.



5090 0063 8326 0103

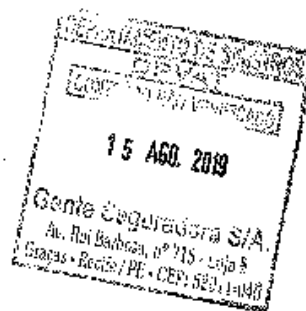
VALID THRU

08/22 1877 5 0012593 8 01 00

VÁLIDO ATÉ AGÊNCIA DIG CONTA DIG VIA TIPO

ALDAIR SOUZA FREIRE

elo



Scanned with CamScanner



14/08/2019 10:12



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA -
DP46ªCIRC DINTER1/N1ªDESEC

541535
0280974 / 19**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0136001427**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/08/2019 às
10:44

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 01, CENTRO, RUA
WALFREDO FERREIRA LIMA** - Bairro: **CENTRO** -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **SHOPPING DO
PÃO**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
SERVIÇO DE TECNOLOGIA ALTERNATIVO (OUTRO)
ALDAIR SOUZA FREIRE (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**ALDAIR SOUZA FREIRE (presente no plantão) - Sexo: Masculino NBR: MARIA DA
SOLDADE SOUZA FREIRE Pai: ADALMIR FREIRE DA SILVA Data de Nascimento: 5/3/1979
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

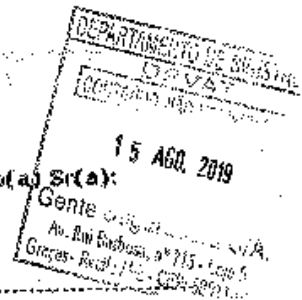
**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

SERVIÇO DE TECNOLOGIA ALTERNATIVO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -
Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE ITIMIRIM, - CEP: 55000-000 - Bairro:
CENTRO - ITIMIRIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MONDA NBR 122 BROS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SERVIÇO DE



14/08/2019 10:32

im de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infolocal/BOE/FreeView.html

TECNOLOGIA ALTERNATIVO, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALDAIR SOUZA FREIRE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA** NÃO INFORMADO Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW3784 (PERNAMBUCO/BIMIM)**
Ano/Fabricação/Modelo: **2016/2016**

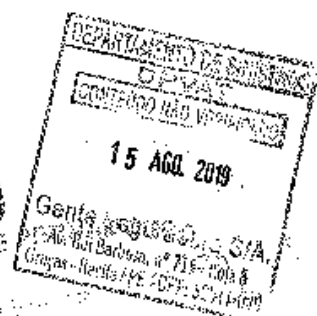
Complemento / Observação

COMPARECEU ALDAIR SOUZA FREIRE, PARA RELATAR O SEGUINTE: QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUPRACITADA MOTOCICLETA NAS IMEDIAÇÕES DO SHOPPING DO PÃO DE TÍMBARA - PE, QUANDO UMA OUTRA MOTO CONDUZIDA POR UM DESCONHECIDO QUE SE EVADIU DO LOCAL, "TRANSOU" O SEU VEÍCULO, VINDO A PERDER O CONTROLE DO MESMO, E CONSEQUENTEMENTE SOFRER UMA QUEDA, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS INICIALMENTE PARA A UPA DE TÍMBARA - PE, E DEPOIS PARA O QTAÍO DE FREITAS NO RECIFE, ONDE PASSOU POR CIRURGIA DEVIDO A UMA FRATURA ÓSSEA.

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

ALDAIR SOUZA FREIRE
(VÍTIMA)

S.O. registrado por: **ALEXANDRE DE OLIVEIRA IZIDRO** - Matrícula: **205970-4**



POLÍCIA CIVIL DE
CIVIL DE FREITAS





14/08/2019 10:12

541535
0280974/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA -
DP46ªCIRC DINTER1/N1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0136001427

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/08/2019 às
10:44

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 01, CENTRO, RUA**
WALFREDO FERREIRA LIMA - Bairro: CENTRO -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **SHOPPING DO**
PÃO
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
SERVIÇO DE TECNOLOGIA ALTERNATIVO (OUTRO)
ALDAIR SOUZA FREIRE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
ALDAIR SOUZA FREIRE

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

ALDAIR SOUZA FREIRE (presente no plantão) - Sexo: Masculino NBR: MARIA DA
SOLDADE SOUZA FREIRE Pai: ADALMIR FREIRE DA SILVA Data de Nascimento: 5/3/1979
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

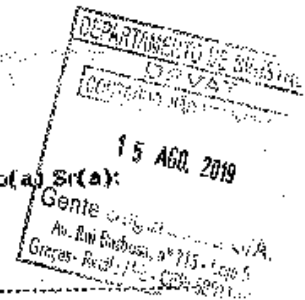
DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

SERVIÇO DE TECNOLOGIA ALTERNATIVO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -
Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE IBIMIRIM, - CEP: 55000-000 - Bairro:**
CENTRO - IBIMIRIM/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MONDA NBR 122 BROS (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): SERVIÇO DE



14/08/2019 10:32

im de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infolocal/BOE/FreeLaw.html

TECNOLOGIA ALTERNATIVO, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALDAIR SOUZA FREIRE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA** NÃO INFORMADO Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW3784 (PERNAMBUCO/BIMIM)**
Ano/Fabricação/Modelo: **2016/2016**

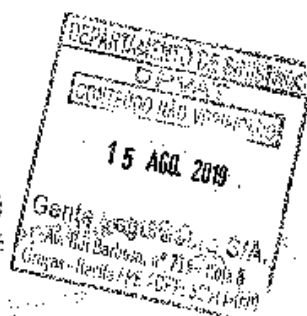
Complemento / Observação

COMPARECEU ALDAIR SOUZA FREIRE, PARA RELATAR O SEGUINTE: QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUPRACITADA MOTOCICLETA NAS IMEDIAÇÕES DO SHOPPING DO PÃO DE TIBIAÚMA - PE, QUANDO UMA OUTRA MOTO CONDUZIDA POR UM DESCONHECIDO QUE SE EVADIU DO LOCAL, "TRANSOU" O SEU VEÍCULO, VINDO A PERDER O CONTROLE DO MESMO, E CONSEQUENTEMENTE SOFRER UMA QUEDA, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS INICIALMENTE PARA A UPA DE TIBIAÚMA-PE, E DEPOIS PARA O QTAÍO DE FREITAS NO RECIFE, ONDE PASSOU POR CIRURGIA DEVIDO A UMA FRATURA ÓSSEA.

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

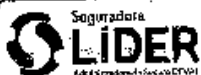
ALDAIR SOUZA FREIRE
(VÍTIMA)

S.O. registrado por: **ALEXANDRE DE OLIVEIRA IZIDRO** - Matrícula: **205970-4**



POLÍCIA CIVIL DE
CRESSA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 822.934.814-68 4 - Nome completo da vítima: Aldair Souza Freire

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

5 - Nome completo: Aldair Souza Freire 6 - CPF: 822.934.814-68 7 - Profissão: recuso 8 - Endereço: Praça Kennedy, Rpps Barão 9 - Número: 6 10 - Complemento: casa 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Jumbato 13 - Estado: SP 14 - CEP: 13587-000 15 - E-mail: eholsaat@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (81) 99216-7948

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Somente para os bancos abaixo) Nome do BANCO: Bradesco AGÊNCIA: 1877 6 CONTA: 12593 8

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 LAJOS DO IML - PRETENSÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob pena de lei, que não tenho conhecimento de apresentação de laudo médico (IML) para os fins de concessão de indenização por invalidez permanente, em virtude de acidente de trânsito.

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

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e o julgamento das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PRETENSÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou viúva) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - País de origem: ☐ Brasil ☐ Estrangeiro

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 maxilar (ou maxilar)? ☐ 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 restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 216 do Código Penal.

34 - Imagem digital da vítima ou não digital: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jumbato, 14/08/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 0002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 822.934.814-68 4 - Nome completo da vítima: Aldair Souza Freire

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

5 - Nome completo: Aldair Souza Freire 6 - CPF: 822.934.814-68 7 - Profissão: recuse 8 - Endereço: Praça Kennedy, Raps Barão 9 - Número: 6 10 - Complemento: casa 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Jumbato 13 - Estado: SP 14 - CEP: 135870-000 15 - E-mail: eholsaat@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (81) 99916-7948

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Indicar o banco) Nome do BANCO: Bradesco AGÊNCIA: 1877 6 CONTA: 12593 8

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 - PRETENSÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob pena de lei, que não tenho conhecimento de apresentação de laudo médico (IML) para fins de reconhecimento de invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito.

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

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e o julgamento das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PRETENSÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou viúva) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - País de origem: ☐ Brasil ☐ Estrangeiro

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 maxilar (ou maxilar)? ☐ 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 restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 216 do Código Penal.

34 - Assinatura digital da vítima ou representante legal 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jumbato, 14/08/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 0002/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/03/2020 13:56:22

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032313562239500000058656082

Número do documento: 20032313562239500000058656082

Num. 59650424 - Pág. 26



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 822.934.814-68 4 - Nome completo da vítima: Aldair Souza Freire

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

5 - Nome completo: Aldair Souza Freire 6 - CPF: 822.934.814-68

7 - Profissão: recuse 8 - Endereço: Praça Kennedy, Rpps Barão 9 - Número: 6 10 - Complemento: casa

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Jumbato 13 - Estado: SP 14 - CEP: 135870-000

15 - E-mail: eholsaat@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (81) 99216-7948

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Somente para os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 1877 6 CONTA: 12593 8

(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 de 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 - PRETENSÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob pena de lei, que não tenho conhecimento de apresentação de laudo médico do IML para os fins de concessão de indenização por invalidez permanente, ou de um beneficiário como tal.

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

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

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

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e o julgamento das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PRETENSÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou viúva) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

24 - País de origem: ☐ Brasil ☐ Estrangeiro

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 maxilar (ou maxilar)? ☐ 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 restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 216 do Código Penal.

34

Assinatura digital da vítima ou representante legal

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha 15/06/2019

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha 15/06/2019

40 - Local e Data, Jumbato, 14/08/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 0002/2019

UPA24h

TIMBAUBA

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 02/07/2019

HORA: 13:23

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 109

Nome: Aldair Souza Freire

Sexo: M Data Nasc: / / Idade:

Nome da mãe: M. da S. de S. Souza Freire

Logradouro: Rua Bandeira Nº:

Completar: Bairro/Localidade: Centro

Município: Timbauba UF: PE Telefone: () N1

Assinatura do Colaborador:

2- ANAMNESE:

3- SSVV: E.C. PA. P.M. Classificação: Sarc.2. HGT:

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica:
Conduta: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar
Saída: Data/Hora: / / às h. Alta referido para: USF ()
() Óbito () Carga Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Prescrição Médica:
Data: 02/07/2019 Hora: 13:50

Assinatura: Tânia M. de Costa Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-PE 007.005

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DAVIA
15 AGO 2019
Gente Seguros S/A
Bras - Recife / PE - CEP: 511-000

UPA24h



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 02/07/2019

HORA: 13:23

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 109

Nome: Aldair Souza Freire

Carão SUS: Sexo: M Data Nasc: / / Idade:

Nome da mãe: M. da S. de S. Souza Freire

Logradouro: Rua Bandeira

Cidade: Timbaúba

UF: PE Telefone: () N1

Assinatura do Colaborador

2- ANAMNESE

3- SSVV: B.C. P.A. P.R. Classificação: Sarc. HGT

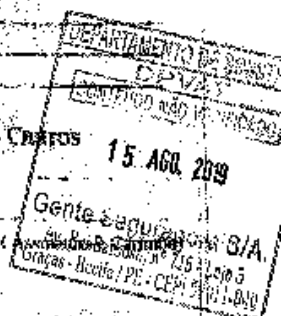
4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: Condição: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar Saída: Data: / / às h. Alta referido para: USF () () Óbito () Carga Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA

Prescrição Médica: [Handwritten text]

Assinatura: [Handwritten signature]



UPA24h

TIMBAUBA

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 02/07/2019

HORA: 13:23

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 109

Nome: Aldair Souza Freire

Sexo: M Data Nasc: / / Idade:

Nome da mãe: M. da S. de S. Souza Freire

Logradouro: Rua Bandeira

Cidade: Timbauba

UF: PE Telefone: () N°

Assinatura do Colaborador

2- ANAMNESE

3- SSVV: E.C. P.A. P.R. Classificação: Sarc.2 HGT

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica:
Conduta: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar
Saída: Data/Hora: / / às h. Alta referido para: USF ()
() Óbito () Carga Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA

Prescrição Médica:
Data: 02/07/2019 Hora: 13:50

Assinatura:
Téc. em Enfermagem
COREN-PE 007.005

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DA VILA
15 AGO 2019
Gente Seguros S/A
Brasília - DF
CNPJ: 07.093.811/0001-00

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALDAIR SOUZA FREIRE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01877-5

CONTA: 000000012593-8

Nr. Autenticação

BRADESCO2211201905000000000023701877000000012593168750 PAGO





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

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SANDRA MARIA GUEDES FREIRE

CPF: 822.968.394-87 NIS: 13067882457

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

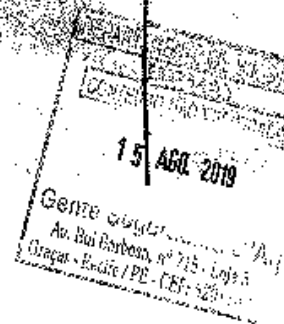
PC LINDACY LOPES BARBOSA 8

CENTRO/TIMBAUBA
TIMBAUBA PE
55870-000

INDICADOR	VALOR	EMISSÃO
068502394	UNICA	12/07/2019
12/07/2019	2000211936	3870111

CONTA CONTRATO	MES/ANO
0492830026	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
19/07/2019	14/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	55,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19218255	5,78
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,32945580	23,06
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	13,0000000	0,49419970	6,42
Acréscimo Bandeira Amarela			0,91
Contrib. Ilum. Pública Municipal			16,28
ICMS Subvenção - CDE - NF 061986636 - 14/05/18			0,82
Multa por atraso - NF 061986636 - 14/05/18			1,83
Juros por atraso - NF 061986636 - 14/05/18			1,11
Atualização IGPM - NF 061986636 - 14/05/18			0,82
PRÓ-CRIANÇA - (081)3412-8880 0800 031 8889			0,98
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,23



Scanned with CamScanner



CEPE
 CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM EDUCAÇÃO
 Rua da Educação, nº 100 - Centro - Recife - PE 50000-000
 Fone: (081) 3222-1111 - Fax: (081) 3222-1112
 E-mail: cep@cepe.ufpe.br

APROVAÇÃO EM EXAME DE QUALIFICAÇÃO
 Nome: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**
 Data de Nascimento: **15/08/1980**
 Data de Exame: **15/08/2019**
 Local: **RECIFE**

RESULTADO DO EXAME

Disciplina	Nota	Classificação
Português	8,0	1º
Matemática	7,0	2º
Física	6,0	3º
Química	5,0	4º
História	4,0	5º
Geografia	3,0	6º
Inglês	2,0	7º
Artes	1,0	8º
Educação Física	0,0	9º
Religião	0,0	10º
Totais	39,0	

Observações:
 O candidato foi aprovado no exame de qualificação e poderá participar do processo seletivo para o curso de graduação em Física.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
 DEPARTAMENTO DE ADM. E FINANÇAS
 Rua da Universidade, nº 100 - Cidade Universitária - Recife - PE 50000-000
 Fone: (081) 3222-1111 - Fax: (081) 3222-1112
 E-mail: adm@ufpe.br

PROCESSO SELETIVO
 Nome: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**
 Data de Nascimento: **15/08/1980**
 Data de Exame: **15/08/2019**
 Local: **RECIFE**

RESULTADO DO EXAME

Disciplina	Nota	Classificação
Português	8,0	1º
Matemática	7,0	2º
Física	6,0	3º
Química	5,0	4º
História	4,0	5º
Geografia	3,0	6º
Inglês	2,0	7º
Artes	1,0	8º
Educação Física	0,0	9º
Religião	0,0	10º
Totais	39,0	

Observações:
 O candidato foi aprovado no exame de qualificação e poderá participar do processo seletivo para o curso de graduação em Física.

DEPARTAMENTO DE ADM. E FINANÇAS
15 AGO 2019
Genio
 Av. G. Barbosa, nº 715 - Lote 5
 Olinda - Recife - PE 50000-000



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

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SANDRA MARIA GUEDES FREIRE

CPF: 822.968.394-87 NIS: 13067882457

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

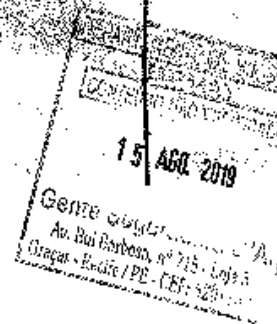
PC LINDACY LOPES BARBOSA 8

CENTRO/TIMBAUBA
TIMBAUBA PE
55870-000

INDICADOR	CONDIÇÃO	EMISSÃO
068502394	ÚNICA	12/07/2019
12/07/2019	2000211936	3870111

CONTA CONTRATO	MESANO
0492830026	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
19/07/2019	14/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	55,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19218255	5,78
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,32945580	23,06
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	13,0000000	0,49419970	6,42
Acréscimo Bandeira Amarela			0,91
Contrib. Ilum. Pública Municipal			16,28
ICMS Subvenção - CDE - NF 061986636 - 14/05/18			0,82
Multa por atraso - NF 061986636 - 14/05/18			1,83
Juros por atraso - NF 061986636 - 14/05/18			1,11
Atualização IGPM - NF 061986636 - 14/05/18			0,82
PRÓ-CRIANÇA - (081)3412-8880 0800 031 8889			0,98
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,23



Scanned with CamScanner





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

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SANDRA MARIA GUEDES FREIRE

CPF: 822.968.394-87 NIS: 13067882457

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

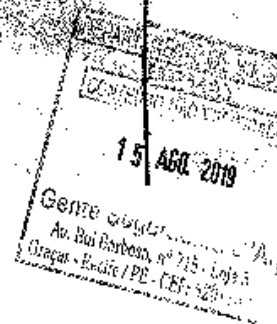
PC LINDACY LOPES BARBOSA 8

CENTRO/TIMBAUBA
TIMBAUBA PE
55870-000

INDICADOR	CONDIÇÃO	EMISSÃO
068502394	ÚNICA	12/07/2019
12/07/2019	2000211936	3870111

CONTA CONTRATO	MESANO
0492830026	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
19/07/2019	14/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	55,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19218255	5,78
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,32945580	23,06
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	13,0000000	0,49419970	6,42
Acréscimo Bandeira Amarela			0,91
Contrib. Ilum. Pública Municipal			16,28
ICMS Subvenção - CDE - NF 061986636 - 14/05/18			0,82
Multa por atraso - NF 061986636 - 14/05/18			1,83
Juros por atraso - NF 061986636 - 14/05/18			1,11
Atualização IGPM - NF 061986636 - 14/05/18			0,82
PRÓ-CRIANÇA - (061)3412-8880 0800 031 8889			0,98
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,23



Scanned with CamScanner



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo F. G. Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.785.444 / 32
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alcides Souza Freire inscrito
(a) no CPF sob o Nº 022.934.814 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima
Alcides Souza Freire, inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.934.814 / 68, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

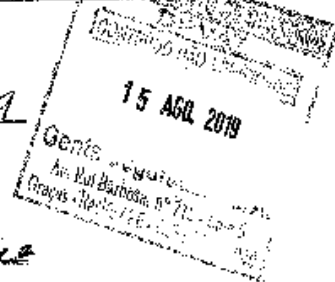
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Geraldo Ferreira Lima</u>		Número <u>127</u>	Complemento <u>case</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Imbaíba</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55810-000</u>
Email <u>eholpaxal@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81)997167948</u>	Telefone celular(DDD) <u>(81)997167948</u>

Imbaíba 11 de Agosto de 2019
Local e Data

Eduardo F. G. Lima
Assinatura do Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Eduardo F. G. Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.785.444 / 32
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alcides Souza Freire inscrito
(a) no CPF sob o Nº 022.934.814 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima
Alcides Souza Freire, inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.934.814 / 68, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

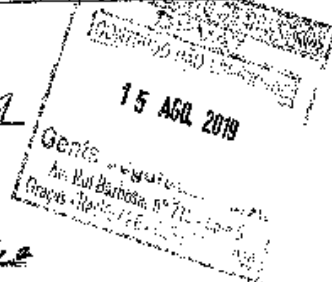
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Geraldo Ferreira Lima</u>	Número <u>127</u>	Complemento <u>case</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Imbaíba</u>	Estado <u>PE</u>
E-mail <u>eholpaxal@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(81) 997167942</u>	Telefone celular(DDD) <u>(81) 997167942</u>

Imbaíba 11 de Agosto de 2019
Local e Data

Eduardo F. G. Lima
Assinatura do Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo F. G. Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.785.444 / 32
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alcides Souza Freire inscrito
(a) no CPF sob o Nº 022.934.814 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima
Alcides Souza Freire, inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.934.814 / 68, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

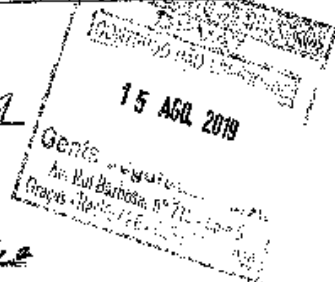
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Generalo Ferreira Lima</u>		Número <u>127</u>	Complemento <u>caso</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Imbaíba</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55810-000</u>
Email <u>eholpaxal@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81)997167948</u>	Telefone celular(DDD) <u>(81)997167948</u>

Imbaíba 14 de agosto de 2019
Local e Data

Eduardo F. G. Lima
Assinatura do Declarante



UPA24h

TIMBAUBA

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 02/07/2019

HORA: 13:23

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 109

Nome: Aldenir Souza Freire

Carão SLA: Sexo: M Data Nasc: / / Idade:

Nome da mãe: M. da S. de S. Souza Freire

Logradouro: Rua Bandeira

Cidade: Timbauba

UF: PE Telefone: () N1

Assinatura do Colaborador:

2- ANAMNESE:

3- SSVV: B.C. P.A. P.R. Classificação: Sarc.2 HGT

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: Condição: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar Saída: Data: / / às h. Alta referido para: () UBS () () Óbito () Carga Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Prescrição Médica: 100mg 1x1 13:50

Assinatura: Tânia M. de Costa Silva

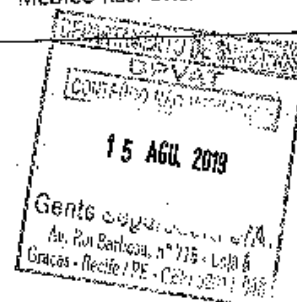
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
15 AGO 2019
Gente Seguros S/A
Bras - Recife / PE - CEP: 511-000

SES HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500	
---	--

RESUMO DE ALTA

Nome: ALDAIR SOUZA FREIRE		
Registro: 1090901	Enf: 13	Leito: 03

DATA DE ENTRADA: 12/07/19	DATA DE SAÍDA: 03/08/19
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:	
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO	
DIAGNÓSTICO FINAL:	
O MESMO	
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):	
PACIENTE ADMITIDO COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM 12/07. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM RAFI EM 31/07. EVOLUIU COM BOM ASPECTO DE FERIDA OPERATÓRIA E RADIOGRAFIA EVIDENCIOU BOA REDUÇÃO. ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÃO DE PRECEPTORIA.	
RETORNAR AO AMBULATORIO DO JOELHO COM: 15 DIAS	Mônica Magalhães Médica CRM-PE 26962
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM	



UPA24h

TIMBAUBA

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 02/07/2019

HORA: 13:23

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 109

Nome: Aldair Souza Freire

Sexo: M Data Nasc: / / Idade:

Nome da mãe: M. da S. de S. Souza Freire

Logradouro: Rua Bandeira

Cidade: Timbauba

UF: PE Telefone: () N°

Assinatura do Colaborador

2- ANAMNESE

3- SSVV: E.C. P.A. P.R. Classificação: Sarc.2 HGT

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: Condição: () Medicação: () Observação: () Alta Hospitalar: Saída: Data: Hora: as h. Alta referido para: USF () () Óbito: () Causa: Unidade de Urgência: () Especialidade:

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA

Prescrição Médica: [Handwritten text]

Assinatura: [Handwritten signature]

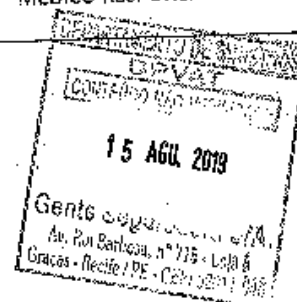
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DAVIA
15 AGO 2019
Gente Seguros S/A
Brasília - DF

SES HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500	
---	--

RESUMO DE ALTA

Nome: ALDAIR SOUZA FREIRE		
Registro: 1090901	Enf: 13	Leito: 03

DATA DE ENTRADA: 12/07/19	DATA DE SAÍDA: 03/08/19
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:	
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO	
DIAGNÓSTICO FINAL:	
O MESMO	
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):	
PACIENTE ADMITIDO COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM 12/07. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM RAFI EM 31/07. EVOLUIU COM BOM ASPECTO DE FERIDA OPERATÓRIA E RADIOGRAFIA EVIDENCIOU BOA REDUÇÃO. ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÃO DE PRECEPTORIA.	
RETORNAR AO AMBULATORIO DO JOELHO COM: 15 DIAS	Mônica Magalhães Médica CRM-PE 26962
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM	



0340840/119



Paciente: Aldair Souza Freire

Data: 17/09/2019

LAUDO

Declaro para os devidos fins que o Sr. **Aldair Souza Freire** foi admitido no dia 19.08.2019 para atendimento fisioterapêutico com o diagnóstico de Fratura do platô Tibial.

O paciente apresentou-se com edema em MID e refere dificuldade em elevar o MID, falta de força no MID, parestesia em MID e refere Dor EVA (08).

Foram realizadas 13 sessões de fisioterapia, no período de 19.08.2019 à 16.09.2019, aos quais se utilizou de termo terapia, cinesioterapia global, drenagem linfática manual, fortalecimento, exercícios de propriocepção e liberação miofacial como conduta terapêutica.

Durante o tratamento o paciente apresentou boa evolução, sem queixas porem se faz necessário mais sessões de fisioterapia.

Assinatura

Dr. Rodolfo Porto dos Santos
Fisioterapeuta
CREFITO - 245316-F



Rua Avelino Rodrigues, 234, Mocós, Timbaúba-PE



(81) 99671.3414



CREFITO: 245316-F



Dr. JORGE VASCONCELS NEVES
CRM: 4428

Dr. Jorge V. Neves
Clínico Geral
CRM 4428

Data: 10/10/2013

CID: TORÇAO
FREIRE, necessita de 02 dia(s) de repouso para tratamento médico.
Sr.(a) ALDAIR SOUZA

Atestado Médico

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAÚBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR JOÃO COUTINHO

Hospital do
Ticunãdo



UPA24h

TIMBAUBA

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 02/07/2019

HORA: 13:23

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 109

Nome: Aldair Souza Freire

Carão SLA: Sexo: M Data Nasc: / / Idade:

Nome da mãe: M. da S. de S. Souza Freire

Logradouro: Rua Bandeira

Cidade: Timbauba

Município: Timbauba UF: PE Telefone: () N1

Assinatura do Colaborador:

2- ANAMNESE:

3- SSVV: E.C. PA. P.M. Classificação: Sarc.2. HGT

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: Condição: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar Saída: Data: / / às h. Alta referido para: USF () () Óbito () Carga Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Prescrição Médica: 100mg 1x1 13:50

Assinatura: Tânia M. de Costa Silva

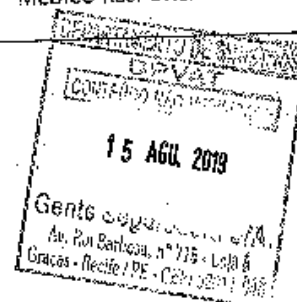
DEPARTAMENTO DE DORNO
CPV2
15 AGO 2019
Gente Seguros S/A
Brasília - DF

	SES HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500
---	---

RESUMO DE ALTA

Nome: ALDAIR SOUZA FREIRE		
Registro: 1090901	Enf: 13	Leito: 03

DATA DE ENTRADA: 12/07/19	DATA DE SAÍDA: 03/08/19
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:	
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO	
DIAGNÓSTICO FINAL:	
O MESMO	
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):	
PACIENTE ADMITIDO COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM 12/07. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM RAFI EM 31/07. EVOLUIU COM BOM ASPECTO DE FERIDA OPERATÓRIA E RADIOGRAFIA EVIDENCIOU BOA REDUÇÃO. ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÃO DE PRECEPTORIA.	
RETORNAR AO AMBULATORIO DO JOELHO COM: 15 DIAS	Mônica Magalhães Médica CRM-PE 26962
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM	



0340840/119



Paciente: Aldair Souza Freire

Data: 17/09/2019

LAUDO

Declaro para os devidos fins que o Sr. **Aldair Souza Freire** foi admitido no dia 19.08.2019 para atendimento fisioterapêutico com o diagnóstico de Fratura do platô Tibial.

O paciente apresentou-se com edema em MID e refere dificuldade em elevar o MID, falta de força no MID, parestesia em MID e refere Dor EVA (08).

Foram realizadas 13 sessões de fisioterapia, no período de 19.08.2019 à 16.09.2019, aos quais se utilizou de termo terapia, cinesioterapia global, drenagem linfática manual, fortalecimento, exercícios de propriocepção e liberação miofacial como conduta terapêutica.

Durante o tratamento o paciente apresentou boa evolução, sem queixas porem se faz necessário mais sessões de fisioterapia.

Assinatura

Dr. Rodolfo Porto dos Santos
Fisioterapeuta
CREFITO - 245316-F



Rua Avelino Rodrigues, 234, Mocós, Timbaúba-PE



(81) 99671.3414



CREFITO: 245316-F



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAÚBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR JOÃO COUTINHO

Nome: ALDAIR SOUZA FREIRE

Nº registro: 51461

Dt. Nasc.: 05/03/75 - 38 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: MARIA DA SOLEDADE SOUZA FREIRE

Fone:

Endereço: RUA PRACA LINDACI LOPES BARBOSA, nº , BARRO. TIMBAUBA - PE

Data/hora: 21/09/2013 - 11:50

Nº pág.: 1/1

FICHA DE ATENDIMENTO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

- PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, REFERE TRAUMA EM TNZ ESQUERDO

EXAME FÍSICO:

Peso:

PA: 130 x 100 mmHg

Altura:

IMC: ()

HGT: mg/dL

Temperatura: °

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Resultados de Exames:

Conduta / Evolução do paciente:

Dr. JOYCE FREIRE GONCALVES DE MELO
CRM: 8280





FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAÚBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR JOÃO COUTINHO

NOME: ALDAIR SOUZA FREIRE

DATA: 18/10/2013

RECEITUÁRIO

Fisioterapia analgésica

20 sessões
mialgia pe e tnz esq
cid m 79

Dr. José Gustavo F. Carvalho
Traumato - Ortopedia
Medicina do Trabalho
CRM - PE 16179

Dr. JOSÉ GUSTAVO FREITAS CARVALHO
CRM: 16179



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Aldeir Souza Freire Registro: 1090901

Clinica: Ortopedia Procedência: _____

Atendo médico

Paciente submetido a
Tratamento cirúrgico de
Fratura da tíbia D.
em 31 de julho de 2019.

Em recuperação pós-operatória.
CID S. 82.1.

Data: 12/09/2019

Alexandre Rodrigues
Ortopedia
CRM-PE: 8272
Médico-CRM

075-HOF



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Aldeir Souza Freire Registro: 1090901

Clinica: Ortopedia Procedência: _____

Atendo médico

Paciente submetido a
Tratamento cirúrgico de
Fratura de Tibia D.
em 31 de julho de 2019.

Em recuperação pós-operatória.
CID S. 82.1.

Data: 12/09/2019

Alexandre Rodrigues
Ortopedia
CRM-PE: 8272
Médico-CRM

075-HOF





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ALDAIR SOUZA FREIRE		REGISTRO Nº 1090901
CLINICO: ORTOPEDISTA		Nº DO LEITO: EMERG
OPERADOR: DR JORGE FERRAZ		
1º ASSISTENTE: DR MARCOS HENRIQUES/ DR JORGE FERRAZ		2º ASSISTENTE: DR JANDERSON
INSTRUMENTADOR:		ANESTESISTA: DR LUCIANA
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA		DURAÇÃO:
DATA DA OPERAÇÃO: 14/07/19	INÍCIO:	FIM: 0
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO TRANSARTICULAR DE JOELHO DIREITO		
OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. VERIFICADO FERIMENTO EM REGIÃO LATERAL DE JOELHO, SUPERFICIAL, SEM INVADIR ARTICULAÇÃO
4. APOSIÇÃO DE FIXADOR TUBO A TUBO TRANSARTICULAR EM JOELHO DIREITO
5. VISUALIZADO BOA REDUÇÃO POR FLUOROSCOPIA
6. DRENAGEM DE DERRAME ARTICULAR DE JOELHO DIREITO, COM SAÍDA DE CERCA DE 80ML DE SECREÇÃO HEMÁTICA
7. CURATIVO
8. À SR

ORTOMÉDICA

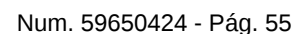
01 FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO

Janderson Carvalho
Médico
CRM 27896-PE



174 - HGOF

Evans, A. J. 2000
Mason
CRM - PE 2000-5



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:		CLÍNICA:		ENF.:	LEITO:
Aldair Souza Freire					
DATA	HORA	EVOLUÇÃO			
		♀ GR, consciente, Orientado, Suave, AUPHSD, Curativo renovado em MTD. Reforço da — JCE.			
01/08/19		Fisioterapia Motora (030205001-9) Realizada cinesioterapia ativo-assistida MTD isométrica qds/glúteos; bomba físico-táctica senta pte p mobilizar Joelho D.			
02/08/19		Fisioterapia Motora (030205001-9) Paciente realiza o exercício nome novo de quadril e glúteos, fortalecimento físico físico, flexão e extensão de articulação de joelho D com auxílio. Repro com o de posicionamento de MTD no leito. Julia Rodrigues Fisioterapeuta REFITO 136225-F			
03/08/19		Fisioterapia motora (030205001-9) Realizada cinesioterapia ativo assistida MTD; isometria de glúteos e qds + BTI + OR. Elaine F. de G. Holanda Fisioterapeuta REFITO 136225-F			
03/08/19		Paciente evolui GR, consciente, Orientado, Suave, AUPHSD, Curativo renovado em MTD, eliminação de fezes, 20 DPO curativo em MTD, melhora do, A3 conduto de diócio			

003-HQOV





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
ALDAIR SOUZA FREIRE

Sexo:
MASCULINO

Mãe:

MARIA DA SOLEDADE SOUZA FREIRE

Endereço:

PRACA SIQUEIRA CAMPOS, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: TIMBAUBA - UF: PE

Idade:
44 Anos 4 Meses 7 Dias

Contatos:
81. 73244890 | Celular: 81.

Nasc.
05/03/1975

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 12/07/2019 21:21

Prontuário: 1090901

Nº. Atendimento: 3354138

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:

MAURICIO DE MIRANDA MOREIRA

Admissão

Queixa Principal

DOR EM JOELHO DIR APOS COLISAO MOTO X MOTO HA +-9H

História Clínica

DOR EM JOELHO DIR APOS COLISAO MOTO X MOTO HA +-9H

Exame Físico

AME: DOR EDEMA LIMIT DE MOV EM MID. BOA PERFUSAO DISTAL SEM DEFICIT NEUROLOGICO EM MID

Observações

RAD JOELHO D E BACIA

Conduta

INTERNAMENTO HOSPITALAR P PROCEDIMENTO CIRURGICO

MAURICIO DE MIRANDA MOREIRA - CRM: Nº.11581

Dr. Mauricio de M. Miranda Moreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11581 TESP 2348

12/23/19
CADASTRADO
SAÚDE

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
ALDAIR SOUZA FREIRE

Sexo:
MASCULINO

Mãe:

MARIA DA SOLEDADE SOUZA FREIRE

Endereço:

PRACA SIQUEIRA CAMPOS, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: TIMBAUBA - UF: PE

Idade:
44 Anos 4 Meses 7 Dias

Contatos:
81. 73244890 | Celular: 81.

Nasc.
05/03/1975

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 12/07/2019 21:21

Prontuário: 1090901

Nº. Atendimento: 3354138

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MAURICIO DE MIRANDA MOREIRA

Admissão

Queixa Principal

DOR EM JOELHO DIR APOS COLISAO MOTO X MOTO HA +-9H

História Clínica

DOR EM JOELHO DIR APOS COLISAO MOTO X MOTO HA +-9H

Exame Físico

AME: DOR EDEMA LIMIT DE MOV EM MID. BOA PERFUSAO DISTAL SEM DEFICIT NEUROLOGICO EM MID

Observações

RAD JOELHO D E BACIA

Conduta

INTERNAMENTO HOSPITALAR P PROCEDIMENTO CIRURGICO

MAURICIO DE MIRANDA MOREIRA - CRM: Nº.11581

Dr. Mauricio de M. Miranda Moreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11581 TESP 2348

12/23/19
CADASTRADO
SAÚDE

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

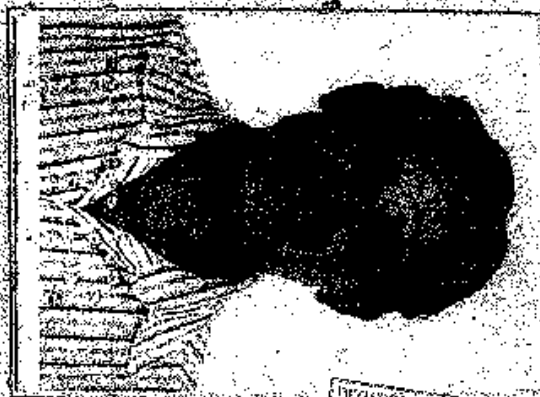
06R-38

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

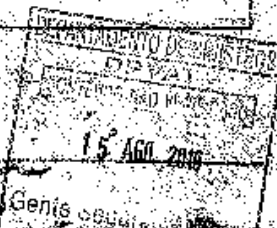
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BIRIL



POLEGAR DIREITO



Alcir Senza Trun
ASSINADO DO TITULAR



CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

Scanned with CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.294.239

DATA DE
EXPEDIÇÃO

05/05/2008

NOME

<< ALDAIR SOUZA FREIRE >>

FILIAÇÃO

<< ADALMIR FREIRE DA SILVA >>

<< MARIA DA SOLEDADE SOUZA FREIRE >>

NATURALIDADE

TIMBAÚBA - PE

DATA DE NASCIMENTO

05/03/1975

DOC ORIGEM

<< CC.5594 L.B11 F.142V CART 10 DIST
TIMBAÚBA-PE 15.12.1999 >>

CPF

822.934.814-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/09/89

F-29 56 302 - 432

REGISTRO DE VOTOS
SERVAP
COMISSÃO DO REGISTRO
15 AGO. 2019
Gente Legal - O/A
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Lda 5
Gracas - Recife/PE - CEP: 51.040-010

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

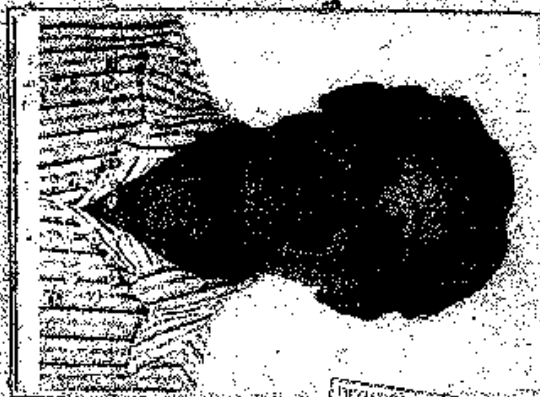
06R-38

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

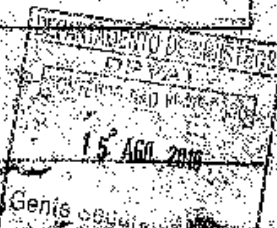
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BIRIL



POLEGAR DIREITO



Alcir Senza Trun
ASSINATURA DO TITULAR



CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

Scanned with CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.294.239

DATA DE
EXPEDIÇÃO

05/05/2008

NOME

<< ALDAIR SOUZA FREIRE >>

FILIAÇÃO

<< ADALMIR FREIRE DA SILVA >>

<< MARIA DA SOLEDADE SOUZA FREIRE >>

NATURALIDADE

TIMBAÚBA - PE

DATA DE NASCIMENTO

05/03/1975

DOC ORIGEM

<< CC.5594 L.B11 F.142V CART 10 DIST
TIMBAÚBA-PE 15.12.1999 >>

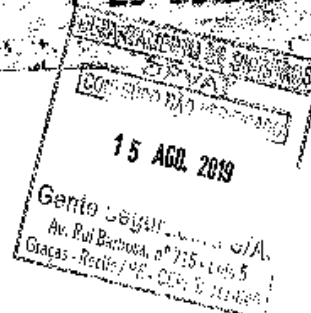
CPF

822.934.814-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/09/89

F-29 56 302 - 432



Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

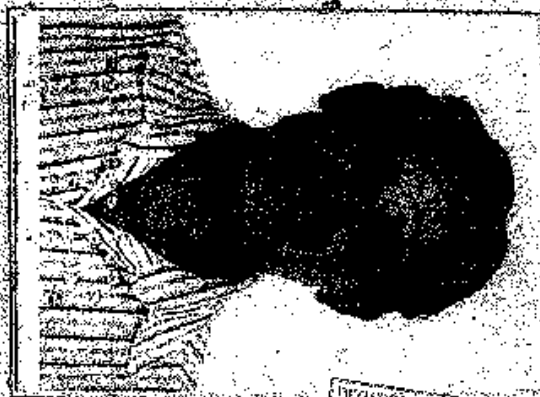
06R-38

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

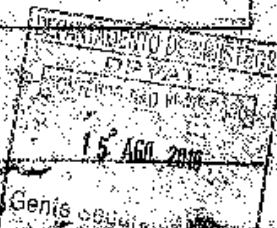
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BIRIL



POLEGAR DIREITO



Alcir Senza Trun
ASSINATURA DO TITULAR



CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

Scanned with CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.294.239

DATA DE
EXPEDIÇÃO

05/05/2008

NOME

<< ALDAIR SOUZA FREIRE >>

FILIAÇÃO

<< ADALMIR FREIRE DA SILVA >>

<< MARIA DA SOLEDADE SOUZA FREIRE >>

NATURALIDADE

TIMBAÚBA - PE

DATA DE NASCIMENTO

05/03/1975

DOC ORIGEM

<< CC.5594 L.B11 F.142V CART 10 DIST
TIMBAÚBA-PE 15.12.1999 >>

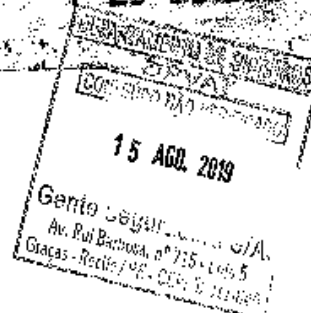
CPF

822.934.814-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/09/89

F-29 56 302 - 432



Scanned with CamScanner

