



Número: **0010724-31.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
INACIA LAURA DE SALES (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59785636	25/03/2020 14:27	2706787_CONTESTACAO_02	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00107243120208172001

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove BRUNA LAURA DE SALES, menor, neste ato representada por sua genitora, **INACIA LAURA DE SALES**, 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 **24/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 19/10/2019.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora não apresenta boletim de atendimento médico atestando que as lesões tenham decorrido do acidente alegado.

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

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



Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 337.50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 19/10/2019 após 10 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 24/12/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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;



Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

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

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

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

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

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

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

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**⁴.

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)

⁴“SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT.(TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)



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

Conforme observado nos documentos acostados à exordial, o boletim de ocorrência apresentado somente fora elaborado após 10 meses do suposto acidente e o boletim de atendimento médico não atestam que as lesões sofridas tenham decorrido do sinistro aduzido.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

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

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\$ 337.50 (trezentos e trinta 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 inquirir 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.

⁵ APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 337.50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **24/12/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 337.50 (trezentos e trinta 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 parciais⁶.

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 STJ⁷.

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:

⁶ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁷ **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.”



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

e

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 337.50 (TREZENTOS E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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 citação⁸.

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 ação⁹

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹art. 1º. (...)

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



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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 16 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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 **INACIA LAURA DE SALES**, em curso perante a 23ª VARA CÍVEL da comarca de RECIFE, nos autos do Processo nº 00107243120208172001.

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



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/03/2020 14:27:56
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032514275598200000058781765>
Número do documento: 20032514275598200000058781765



Número: **0010724-31.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
INACIA LAURA DE SALES (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59785637	25/03/2020 14:27	ANEXO 1	Outros (Documento)

Prontuário: 331174

Religião

CNS: 704308506560297

Nº 35

Estado: PE

Profissão:

Acompañante:

Motivo do Afundimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clínica ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Quaker Principal / HDA:

Quarta Principal / HDA: FV SEGUNDA DE MURCIELLO ALTO
DURIO E FIBRA D. APÓS QUARTO

Exame Final:

DE M50.

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Тема: СУКОПАНАКА (1)

Diag. Provisório:

✓ x DE TRENDZELD D. MIT

Intermittent Hospital

© 2004 Pearson Education, Inc. All rights reserved.

Diet: _____

Methods

Date _____

ITALIA EUROPODSCICA



[illegible]☐ Paciente ☐ Familiar

Name: _____ RG: _____

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Date: / /

Assinatura

	Paciente	Familiar
1	1	1
2	1	1
3	1	1
4	1	1
5	1	1
6	1	1
7	1	1
8	1	1
9	1	1
10	1	1
11	1	1
12	1	1
13	1	1
14	1	1
15	1	1
16	1	1
17	1	1
18	1	1
19	1	1
20	1	1
21	1	1
22	1	1
23	1	1
24	1	1
25	1	1
26	1	1
27	1	1
28	1	1
29	1	1
30	1	1
31	1	1
32	1	1
33	1	1
34	1	1
35	1	1
36	1	1
37	1	1
38	1	1
39	1	1
40	1	1
41	1	1
42	1	1
43	1	1
44	1	1
45	1	1
46	1	1
47	1	1
48	1	1
49	1	1
50	1	1
51	1	1
52	1	1
53	1	1
54	1	1
55	1	1
56	1	1
57	1	1
58	1	1
59	1	1
60	1	1
61	1	1
62	1	1
63	1	1
64	1	1
65	1	1
66	1	1
67	1	1
68	1	1
69	1	1
70	1	1
71	1	1
72	1	1
73	1	1
74	1	1
75	1	1
76	1	1
77	1	1
78	1	1
79	1	1
80	1	1
81	1	1
82	1	1
83	1	1
84	1	1
85	1	1
86	1	1
87	1	1
88	1	1
89	1	1
90	1	1
91	1	1
92	1	1
93	1	1
94	1	1
95	1	1
96	1	1
97	1	1
98	1	1
99	1	1
100	1	1

Name: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel: _____

Procedimento:

Assinatura

Diagn. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta	() Cirurgia	() Óbito	() Evadido-se	() Termo de Alta a Pedido
----------	--------------	-----------	----------------	----------------------------

() Transferência: _____ () Internamento

Condição de Alta

☐ Curado	☐ Melhorado	☐ Inalterado	☐ Ótimo
---------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

Data: ____/____/____ Hora: ____ Medico: _____ CRM: _____

24/12/2018 20:18:09

2002

Usuário do Atendimento
DIEGO L V





SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - DNEZ

2427418

4 - CNES

Identificação do Paciente

A - NOME DO PACIENTE

B - NOME DO RESPONSÁVEL

C - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

D - DATA DE NASCIMENTO

E - SEXO

F - IDADE

G - Nº DO PRONTUÁRIO

H - ENDEREÇO

I - NOME DA MÃE

J - NOME DO RESPONSÁVEL

K - ENDEREÇO URA, Nº, BARRIO

L - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

M - CID - CID 10 PRINCIPAL

N - CID - CID 10 SECUNDÁRIO

O - CID - CID 10 CAUSAS DE MORTE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CENÁRIOS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS E RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS DE MORTE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CID INICIAL

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CNP)

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CNP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - Nº DO BILHETE

37 - Nº DO BILHETE

38 - Nº DO BILHETE

39 - Nº DO BILHETE

40 - Nº DO BILHETE

41 - Nº DO BILHETE

42 - Nº DO BILHETE

43 - Nº DO BILHETE

44 - Nº DO BILHETE

45 - Nº DO BILHETE

46 - Nº DO BILHETE

47 - Nº DO BILHETE

48 - Nº DO BILHETE

49 - Nº DO BILHETE

50 - Nº DO BILHETE

51 - Nº DO BILHETE

52 - Nº DO BILHETE

53 - Nº DO BILHETE

54 - Nº DO BILHETE

55 - Nº DO BILHETE

56 - Nº DO BILHETE

57 - Nº DO BILHETE

58 - Nº DO BILHETE

59 - Nº DO BILHETE

60 - Nº DO BILHETE

61 - Nº DO BILHETE

62 - Nº DO BILHETE

63 - Nº DO BILHETE

64 - Nº DO BILHETE

65 - Nº DO BILHETE

66 - Nº DO BILHETE

67 - Nº DO BILHETE

68 - Nº DO BILHETE

69 - Nº DO BILHETE

70 - Nº DO BILHETE

71 - Nº DO BILHETE

72 - Nº DO BILHETE

73 - Nº DO BILHETE

74 - Nº DO BILHETE

75 - Nº DO BILHETE

76 - Nº DO BILHETE

77 - Nº DO BILHETE

78 - Nº DO BILHETE

79 - Nº DO BILHETE

80 - Nº DO BILHETE

81 - Nº DO BILHETE

82 - Nº DO BILHETE

83 - Nº DO BILHETE

84 - Nº DO BILHETE

85 - Nº DO BILHETE

86 - Nº DO BILHETE

87 - Nº DO BILHETE

88 - Nº DO BILHETE

89 - Nº DO BILHETE

90 - Nº DO BILHETE

91 - Nº DO BILHETE

92 - Nº DO BILHETE

93 - Nº DO BILHETE

94 - Nº DO BILHETE

95 - Nº DO BILHETE

96 - Nº DO BILHETE

97 - Nº DO BILHETE

98 - Nº DO BILHETE

99 - Nº DO BILHETE

100 - Nº DO BILHETE

101 - Nº DO BILHETE

102 - Nº DO BILHETE

103 - Nº DO BILHETE

104 - Nº DO BILHETE

105 - Nº DO BILHETE

106 - Nº DO BILHETE

107 - Nº DO BILHETE

108 - Nº DO BILHETE

109 - Nº DO BILHETE

110 - Nº DO BILHETE

111 - Nº DO BILHETE

112 - Nº DO BILHETE

113 - Nº DO BILHETE

114 - Nº DO BILHETE

115 - Nº DO BILHETE

116 - Nº DO BILHETE

117 - Nº DO BILHETE

118 - Nº DO BILHETE

119 - Nº DO BILHETE

120 - Nº DO BILHETE

121 - Nº DO BILHETE

122 - Nº DO BILHETE

123 - Nº DO BILHETE

124 - Nº DO BILHETE

125 - Nº DO BILHETE

126 - Nº DO BILHETE

127 - Nº DO BILHETE

128 - Nº DO BILHETE

129 - Nº DO BILHETE

130 - Nº DO BILHETE

131 - Nº DO BILHETE

132 - Nº DO BILHETE

133 - Nº DO BILHETE

134 - Nº DO BILHETE

135 - Nº DO BILHETE

136 - Nº DO BILHETE

137 - Nº DO BILHETE

138 - Nº DO BILHETE

139 - Nº DO BILHETE

140 - Nº DO BILHETE

141 - Nº DO BILHETE

142 - Nº DO BILHETE

143 - Nº DO BILHETE

144 - Nº DO BILHETE

145 - Nº DO BILHETE

146 - Nº DO BILHETE

147 - Nº DO BILHETE

148 - Nº DO BILHETE

149 - Nº DO BILHETE

150 - Nº DO BILHETE

151 - Nº DO BILHETE

152 - Nº DO BILHETE

153 - Nº DO BILHETE

154 - Nº DO BILHETE

155 - Nº DO BILHETE

156 - Nº DO BILHETE

157 - Nº DO BILHETE

158 - Nº DO BILHETE

159 - Nº DO BILHETE

160 - Nº DO BILHETE

161 - Nº DO BILHETE

162 - Nº DO BILHETE

163 - Nº DO BILHETE

164 - Nº DO BILHETE

165 - Nº DO BILHETE

166 - Nº DO BILHETE

167 - Nº DO BILHETE

168 - Nº DO BILHETE

169 - Nº DO BILHETE

170 - Nº DO BILHETE

171 - Nº DO BILHETE

172 - Nº DO BILHETE

173 - Nº DO BILHETE

174 - Nº DO BILHETE

175 - Nº DO BILHETE

176 - Nº DO BILHETE

177 - Nº DO BILHETE

178 - Nº DO BILHETE

179 - Nº DO BILHETE

180 - Nº DO BILHETE

181 - Nº DO BILHETE

182 - Nº DO BILHETE

183 - Nº DO BILHETE

184 - Nº DO BILHETE

185 - Nº DO BILHETE

186 - Nº DO BILHETE

187 - Nº DO BILHETE

188 - Nº DO BILHETE

189 - Nº DO BILHETE

190 - Nº DO BILHETE

191 - Nº DO BILHETE

192 - Nº DO BILHETE

193 - Nº DO BILHETE

194 - Nº DO BILHETE

195 - Nº DO BILHETE

196 - Nº DO BILHETE

197 - Nº DO BILHETE

198 - Nº DO BILHETE

199 - Nº DO BILHETE

200 - Nº DO BILHETE

201 - Nº DO BILHETE

202 - Nº DO BILHETE

203 - Nº DO BILHETE

204 - Nº DO BILHETE

205 - Nº DO BILHETE

206 - Nº DO BILHETE

207 - Nº DO BILHETE

208 - Nº DO BILHETE

209 - Nº DO BILHETE

210 - Nº DO BILHETE

211 - Nº DO BILHETE

212 - Nº DO BILHETE

213 - Nº DO BILHETE

214 - Nº DO BILHETE

215 - Nº DO BILHETE

216 - Nº DO BILHETE

217 - Nº DO BILHETE

218 - Nº DO BILHETE

219 - Nº DO BILHETE

220 - Nº DO BILHETE

221 - Nº DO BILHETE

222 - Nº DO BILHETE

223 - Nº DO BILHETE

224 - Nº DO BILHETE

225 - Nº DO BILHETE

226 - Nº DO BILHETE

227 - Nº DO BILHETE

228 - Nº DO BILHETE

229 - Nº DO BILHETE

230 - Nº DO BILHETE

231 - Nº DO BILHETE

232 - Nº DO BILHETE

233 - Nº DO BILHETE

234 - Nº DO BILHETE

235 - Nº DO BILHETE

236 - Nº DO BILHETE

237 - Nº DO BILHETE

238 - Nº DO BILHETE

239 - Nº DO BILHETE

240 - Nº DO BILHETE

241 - Nº DO BILHETE

242 - Nº DO BILHETE

243 - Nº DO BILHETE

244 - Nº DO BILHETE

245 - Nº DO BILHETE

246 - Nº DO BILHETE

247 - Nº DO BILHETE

248 - Nº DO BILHETE

249 - Nº DO BILHETE

250 - Nº DO BILHETE

251 - Nº DO BILHETE

252 - Nº DO BILHETE

253 - Nº DO BILHETE

254 - Nº DO BILHETE

255 - Nº DO BILHETE

256 - Nº DO BILHETE

257 - Nº DO BILHETE

258 - Nº DO BILHETE

259 - Nº DO BILHETE

260 - Nº DO BILHETE

261 - Nº DO BILHETE

262 - Nº DO BILHETE

263 - Nº DO BILHETE

264 - Nº DO BILHETE

265 - Nº DO BILHETE

266 - Nº DO BILHETE

267 - Nº DO BILHETE

268 - Nº DO BILHETE

269 - Nº DO BILHETE

270 - Nº DO BILHETE

271 - Nº DO BILHETE

272 - Nº DO BILHETE

273 - Nº DO BILHETE

274 - Nº DO BILHETE

275 - Nº DO BILHETE

276 - Nº DO BILHETE

277 - Nº DO BILHETE

278 - Nº DO BILHETE

279 - Nº DO BILHETE

280 - Nº DO BILHETE

281 - Nº DO BILHETE

282 - Nº DO BILHETE

283 - Nº DO BILHETE

284 - Nº DO BILHETE

285 - Nº DO BILHETE

286 - Nº DO BILHETE

287 - Nº DO BILHETE

288 - Nº DO BILHETE

289 - Nº DO BILHETE

290 - Nº DO BILHETE

291 - Nº DO BILHETE

292 - Nº DO BILHETE

293 - Nº DO BILHETE

294 - Nº DO BILHETE

295 - Nº DO BILHETE

296 - Nº DO BILHETE

297 - Nº DO BILHETE

298 - Nº DO BILHETE

299 - Nº DO BILHETE

300 - Nº DO BILHETE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
S/OULMV - Sistema Diagnóstico por Imagem
Comprovante de Pedido de Exames

Página: 1 / 1
Emitido por: ROBERTAKBS
Em: 30/01/2019 07:19

Atendimento: 480649

Pedido:



121552

Data Pedido: 30/01/2019

Controle: 98337

Paciente: 331174 BRUNA LAURA DE SALES
Leão: Unid. Intern.:
Médico Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Setor Solicitante: RADIOLOGIA - RX
Médico Executante: RADIOLOGIA
Convênio: SUS - AMBULATORIO
Motivo: ROTINA

Nascimento: 07/03/2003 (15a 10m 25s)

Sexo: FEMININO

Local: SALA DE EXAME

Plano: PLANO UNICO

Observações

Método Executante	0 - Não informado		
Accession Number	Access. N. Hex	Código Descrição	Entrega
255953		1016 RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA (AP)	30/01/201
255954		1017 RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA (PERFIL)	30/01/201

30/01/2019 07:19
30/01/2019 07:19
30/01/2019 07:19
30/01/2019 07:19

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE | SES-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: HCO
Nome: Suma Jovani L.
filho Registro Nº 331.174
Clínica: _____ Enfermaria: _____

8
folha 216
tanga 0

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO - X
DATA 09/01/19

Recepção
RECEPCAO

Data 09/01/19
Dr. Cláudio Raposo
Traumato - Ortopedia
CRM: 24132
Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elaida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 88

RX - REQUERIDO



Atendimento: 475259

Pedido:



120109

Data Pedido: 09/01/2019

Controle: 97204

Paciente: 331174 BRUNA LAURA DE SALES

Nascimento: 07/03/2003 (15a 10m 4d)

Leito:

Unid. Intern:

Médico Solicitante: 12 MEDICO PLANTONISTA

Setor Solicitante: RADIOLOGIA - RX

Sexo: FEMININO

Setor Executante: RADIOLOGIA

Local: SALA DE EXAME

Convenio: SUS - AMBULATORIO

Plano: PLANO UNICO

Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante	0 - Não Informado		
Accession Number	*Access. N. Hex	Código Descrição	Entrega
252738		1035 RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO (AP)	09/01/2019
252739		1036 RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO (PERFIL)	09/01/2019

RX - REALIZADO
DATA 09 / 01 / 19
HORA 07:50
TC



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/SUS/PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: HOM
Nome: Silvia Jones
Filho Registro Nº 331174
Clínica: _____ Enfermaria: _____

*Silvia Jones
Filho D*

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO - X
DATA 09/01/19

Data 09/01/19 Ca
Médico - CRM 2913

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elcida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89



Arredondado: 473578

Pedido:



Data Pedido: 02/01/2019

Canal: IMES8

Paciente 331174 BRUNA LAURA DE SALES

Leito

Unid. Intern.

Nascimento: 07/03/2003 (15a 9m 28d)

Méico Solicitante 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Sede Solicitante RADIOLOGIA - RX

Sede Executante RADIOLOGIA

Consulto SUS - AMBULATORIO

Motivo ROTINA

Local: SALA DE EXAME

Sexo: FEMININO

Plano: PLANO UNICO

Observações:

Méico Executante	0 - Não informado.		
Accession Number	*Access N Hex	Código Descrição	Entrega
251826		1035 RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO (AP)	02/01/2019
251827		1036 RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO (PERFIL)	02/01/2019

RX - REALIZADO

DATA 02/01/2019

HORA 09:35

TC



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Bruna Laura de Sales

Prontuário: 331174

Data: 24 / 12 / 18

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Trd. de tendão do ant.
1 R. maleolar,

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Volta em 02.01.19

pl. novo 1 / cob. de R.

TRATAMENTO REALIZADO:

Trd. conserto

Alta Hospitalar: Data: 26/12/18

Hora: _____

Dr. Cláudio Raposo
Traumato - Ortopedia
CRM 2913

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





Unidade Mista João Soares da Fonseca
Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário

Transcription in *Escherichia coli*

7. 2020. 19. 01. 14.

Feb 18 1881

o. $\frac{1}{2}$ m. de $\frac{1}{2}$ m. com dar. +

$\Delta \rho_{\text{eff}} = -\frac{\partial}{\partial t} (\epsilon_0 E)$

Mr M I D Sam Sivas

 $\dagger \in \mathcal{E}$

$P_{\text{max}} = 120 \text{ mmHg}$

17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847. 848. 849. 850. 851. 85

1970 - 1971

Lucien G. Givens
CUBA - 7/1/57
C77-02002-245

$$\frac{5}{2}$$




BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0114521

Profissional: 00013136-9

Idade: 15 ANOS, 9 MESES E 17 DIAS

Nome: BRUNA LAURA DE SALES

Dt. Nasc.: 07/03/2003 Sexo: F Est. Civil:

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA

Cidade: RIACHO DAS ALMAS/PE

Bairro:

CEP: 55120000

Documento:

CNS: 898002975288222

Sis prenatal:

Nac:

Mãe: INACIA LAURA DE SALES

Pai: JOSE PEREIRA DE SALES

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências

| Data | Nº Ocorrência | Motivo do atendimento |
|------------------|---------------|-----------------------|
| 24/12/2018 17:04 | 0114521 | ACIDENTE DE MOTO |
| 19/04/2018 19:10 | 0089497 | DORES NO CORPO |
| 08/02/2016 19:59 | 0019965 | VOMITANDO |

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

| Horário | P.A. | Pulso | Peso | Assinatura |
|---------|------|-------|------|------------|
| | | | | |

Queixas / Diagnóstico

Tratamento:

TRANSF.

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

| | | |
|--|--|-----------------|
| ☐ CURATIVO | ADM MEDICAMENTO:
☐ BÁSICO ☐ ESP | TÉCNICO / COREN |
| ☐ NEBULIZAÇÃO | ☐ RETIRADA DE PONTO | |
| Consultas / Atendimento Médico: | | MÉDICO / CRM |
| ☐ urgência básica | ☐ urgência especializada | |
| ☐ observação básica | ☐ observação especializada | |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | TÉCNICO / CONSELHO | HORÁRIO |
| | | |
| | | |
| | | |

Data de impressão: Segunda-feira, 24 de Dezembro de 2018 às 17:04 Recepcionista: ELEIDE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Bruno Lucas de Sousa

Prontuário: 331874

Data: 26 / 12 / 13

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Trauma de membro superior direito

1. R. maloclusão

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Voltar em 02.01.14

pl. max. 1 / 106 e 5 R.

TRATAMENTO REALIZADO:

Trauma

Alta Hospitalar: Data: 26 / 12 / 13

Hora: _____

Dr. Cláudio Raposo
Traumato - Ortopedia

CRM: 2913

Ass. do Médico e CRM



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

| | |
|---|--|
| DATA DO ACIDENTE: 24/10/18 | DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO DO MÉDICO: 29/10/18 |
| NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Bruno Luna de Sales | |
| LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:
Fratura de ossos da perna (D) | |
| DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):
Tratamento conservador de ossos da perna (D) | |
| ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO | |
| EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO
SE POSITIVO DESCREVER: | |
| COM RELAÇÃO A INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE:
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA. | |

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o seguimento ou órgão atingido).

| SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO | |
|-------------------------------------|--|
| 1° | Membros com lesões (+++ / ++) |
| 2° | lesões plásticas, ortopédicas, conservadoras |
| 3° | lesões sérias, articular, lesão de rotatória |
| 4° | lesões de perna |
| 5° | 45% - Grave |

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 30 dias antes a 30 dias depois
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

| | | |
|---------------------------------|----------------|--|
| Assinatura: <i>[assinatura]</i> | data: 31/10/18 | Dr. Vitor Cordeiro
CRM: 123456789
Régua: 123456789 |
| local: _____ | data: _____ | assinatura e carimbo |





Unidade Mista João Soares da Fonseca
Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário

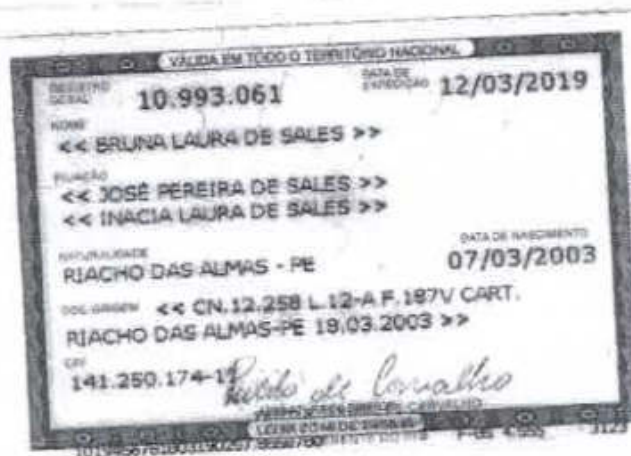
ATESTADO MÉDICO

ATESTO, PI 07 DEVIDO FINS, QUE
BRUNA LAURA DE SALES, RG 10.993.061,
(CPF 141.250.144-14, PORTADORA DE RDS
582.4 e 582.5 (COM DATA DE OCORRÊN-
CIA EM 24/12/18), APRESENTA LIMITA-
ÇÃO DOS MOVIMENTOS EM TORNO -
ZÃO BIFIDO, ASSOCIADA A DEFICI-
TAR NA REFERIDA ARTICULAÇÃO
ASSOCIADA A POR INTENSA A TEN-
TATIVA DE DEMARCAÇÃO, COMPROME-
TENDO A MARCHA COMO CONSEQUÊN-
CIA DE ACIDENTE DE TRANSITO M
DATA IMPRECISADA.

R. Almeida,
30/07/19

Dr. Sergio Mendes
Cremepe 12547







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE
Nº 014488925630
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 992575117 2019
CICERO BARBOSA DA SILVA
NÚMERO DAS ALFAS-ES

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

SEGUNDO CERTIFICADO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014488925630 BILHETE DE SEGURO DPVAT
CICERO BARBOSA DA SILVA
NÚMERO DAS ALFAS-ES

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500

717.235.954-20
717.235.954-20
4286168988014500



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636345

Cidade: Riacho das Almas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: BRUNA LAURA DE SALES

Data do acidente: 24/12/2018

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR SEM DESVIO DO TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (REDUZIDA EM APROX 10 GRAUS).
RESTANTE DA FUNÇÃO DO MID PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS
COMPROVADOS | Percentual da Perda
(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento
da Perda (art 3º
§ 1º da Lei
6.194/74) | % Apurado | Indenização
pelo dano |
|---|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um
tornozelo | 25 % | Em grau residual - 10
% | 2,5% | R\$ 337,50 |
| Total | | | 2,5 % | R\$ 337,50 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636345

Cidade: Riacho das Almas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: BRUNA LAURA DE SALES

Data do acidente: 24/12/2018

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR SEM DESVIO DO TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO (REDUZIDA EM APROX 10 GRAUS).
RESTANTE DA FUNÇÃO DO MID PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/12/2019

Conduta mantida:

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
tornozelo | 25 % | Em grau residual - 10
% | 2,5% | R\$ 337,50 |
| Total | | | 2,5 % | R\$ 337,50 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636345 **Cidade:** Riacho das Almas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNA LAURA DE SALES **Data do acidente:** 24/12/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO 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
tornozelo | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636345 **Cidade:** Riacho das Almas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNA LAURA DE SALES **Data do acidente:** 24/12/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398501/19

Vítima: BRUNA LAURA DE SALES

Data do acidente: 24/12/2018

CPF: 141.250.174-17

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRUNA LAURA DE SALES

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

INACIA LAURA DE SALES : 418.913.504-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

BRUNA LAURA DE SALES : 141.250.174-17

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: 13/11/2019
Nome: INACIA LAURA DE SALES
CPF: 418.913.504-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

INACIA LAURA DE SALES

Steffany Caroliny Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398501/19

Número do Sinistro: 3190636345

Vítima: BRUNA LAURA DE SALES

Data do acidente: 24/12/2018

CPF: 141.250.174-17

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRUNA LAURA DE SALES

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

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: 20/11/2019
Nome: BRUNA LAURA DE SALES
CPF: 141.250.174-17

BRUNA LAURA DE SALES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso





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, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636345

Vítima: BRUNA LAURA DE SALES

Data do Acidente: 24/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUNA LAURA DE SALES

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 15110650

Pag. 01789/01790 - carta_01 - INVALIDEZ

00010895





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, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190636345

Vítima: BRUNA LAURA DE SALES

Data do Acidente: 24/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), BRUNA LAURA DE SALES

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

| | |
|--|---|
| Declaração de Inexistência de IML | Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado. |
|--|---|

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00091/00092 - carta_03 - INVALIDEZ

00040046



Carta nº 15110728





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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636345

Vítima: BRUNA LAURA DE SALES

Data do Acidente: 24/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), BRUNA LAURA DE SALES

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01987/01988 - carta_02 - INVALIDEZ

00040984



Carta nº 15181638





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, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636345

Vítima: BRUNA LAURA DE SALES

Data do Acidente: 24/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRUNA LAURA DE SALES

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\$ 337,50 |

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: BRUNA LAURA DE SALES

Valor: R\$ 337,50

Banco: 237

Agência: 000003211-5

Conta: 0000039753-9

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.

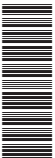
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00929/00930 - carta_15R - INVALIDEZ

00030465





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF de vítima: 4 - Nome completo da vítima:

141.250.174-17

Bruna Laura de Sales

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Bruna Laura de Sales

141.250.174-17

Nova

Rua José Feliciano

29

10 - Complemento:

Centro

Rio de Janeiro

PE

14 - CEP: 55120-000

Nova

16 - Tel (DDD): (11) 99304-6099

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

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

Inácia Lourenço de Sales

438.913.504-63

Recebe

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

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

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 3211 5

CONTA: 39753 9

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou remissão ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Div) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou marido(a) ou filho(a)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Rio de Janeiro, 08/11/19

Bruna Laura de Sales

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP-001 V002/2015





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF de vítima: 4 - Nome completo da vítima:

141.250.174-17

Bruna Laura de Sales

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Bruna Laura de Sales

141.250.174-17

Nova

Rua José Feliciano

29

10 - Complemento:

Centro

Rio de Janeiro

RJ

22040-000

Nova

(11) 99304-6099

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

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

Inácia Lourenço de Sales

438.913.504-63

Recebe

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3211 5 CONTA: 39753 9 (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação 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 remissão ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Div) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou marido(a) ou filho(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Rio de Janeiro, 08/11/19

Bruna Laura de Sales

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP-001 V002/2015



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190636345
Nome do(a) Examinado(a): Bruna Laura de Sales
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Felismino, 29
Centro Riacho das Almas PE CEP: 55120-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10993061
Data local do acidente: [24/12/2018]
Data local do exame: [09/12/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA BIMALEOLAR SEM DESVIO DO TORNOZELO DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (REDUZIDA EM APROX 10 GRAUS). RESTANTE DA FUNÇÃO DO MID PRESERVADA.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL AO TORNOZELO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001114

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/10/2019 às 15:22

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 24/12/2018 às 17:00

Natureza Jurídica: QUEDA DE MOTOCICLETA

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1, PRÓXIMO AO CEMITÉRIO DA CIDADE - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

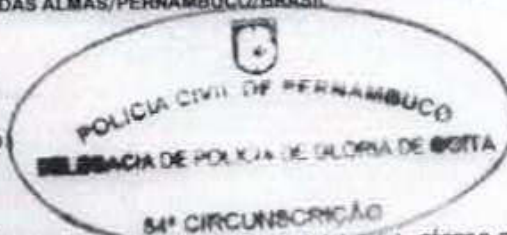
NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)

CÍCERO FERREIRA DA SILVA (OUTRO)

BRUNA LAURA DE SALES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CÍCERO FERREIRA DA SILVA



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

BRUNA LAURA DE SALES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: INÁCIA LAURA DE SALES Pai: JOSÉ PEREIRA DE SALES Data de Nascimento: 7/3/2003 Naturalidade: RIACHO DAS ALMAS / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 10993061/SDS/PE (RG), 14125017417 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Endereço Residencial: RUA JOSE FELISMINO, 34, CASA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

CÍCERO FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): CÍCERO FERREIRA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): CÍCERO FERREIRA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI Objeto apreendido: Não

file://C:\Users\inv\infopofxml\BOEPreview.html

19/10/2019



Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PGP8107 (PERNAMBUCO/RIO DAS ALMAS) Chassi: 9C2KC1680ER014500

Ano Fabricação/Modelo:
2014/2014

Combustível: ALCOIGASOL

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA BRUNA LAURA DE SALES QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTO CITADA ACIMA , GUIADA PELO SENHOR CÍCERO FERREIRA DA SILVA, O QUAL VOLTANDO DO LOTEAMENTO MÃE RAINHA NESTA CIDADE, QUANDO PRÓXIMO AO CEMITÉRIO LOCAL DA CIDADE O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE NA ESTRADA DE TERRA DEVIDO A UM CAVALO QUE VINHA EM VELOCIDADE EM SUA DIREÇÃO TENDO A VÍTIMA SE DESILIBRADO E CAIDO AO SOLO NA RUA QUE DÁ ACESSO AO CEMITÉRIO , SENDO SOCORRIDA PARA A UNIDADE MISTA DA CIDADE ALEGANDO DORES NO TORNOZELO DIREITO, ONDE FOI CONSTATADA A FRATURA DO REFEITO TORNOZELO.

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

BRUNA LAURA DE SALES
(VITIMA)

Bruna Laura de Sales

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3

B.O. registrado por: SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3



10/10/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

141.250.174-17

Bruna Laura de Sales

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Bruna Laura de Sales

141.250.174-17

Nova

Rua José Feliciano

29

10 - Complemento:

Centro

Rio de Janeiro

PE

55120-000

Nova

(11) 99304-6099

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

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

Inácia Lourenço de Sales

438.913.504-63

Recebe

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

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

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 3211 5

CONTA: 39753 9

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 remissão ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Div.) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Rio de Janeiro, 08/11/19

Bruna Laura de Sales

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP-001 V002/2015





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL:

2 - CPF da vítima:

341.250.174-17

4 - Nome completo da vítima:

Bruna Laura de Sales

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEF Nº 485/2012

5 - Nome completo:

Bruna Laura de Sales

6 - CPF: 341.250.174-17

7 - Profissão:

Aluna

8 - Endereço:

Rua José Felismino

9 - Número:

29

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Rio de Janeiro

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

55120-000

15 - E-mail:

Aluna

16 - Tel (DDD):

(11) 99304-6299

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

Inacia Lourenço de Sales

18 - CPF do Representante Legal:

438.913.504-63

19 - Profissão do Representante Legal:

Advogada

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPIANÇA (Severidade para os fundos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Banco

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

3011

5

CONTA:

34753

9

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 24, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disconte do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou residência (aluguel)?

☐ 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 restar o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Rio de Janeiro, 08/11/19

Bruna Laura de Sales

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

HP5.001.V002/2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

COMARCA DE RIACHO DAS ALMAS

MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS

DISTRITO DE Riacho das Almas

MARIA ADALVA SILVA

Oficial Vitalícia do Registro Civil

NASCIMENTO Nº 22.258

CERTIFICO que, às fls. 187 v do livro n.º A-12 de Registro de Nascimentos, foi feito hoje o assento de Baura Paiva de Sales

nascida aos sete (07) de março de 2003
(07.03.2003) às 08 horas e 00 minutos, em Riacho das Almas - PE,

do sexo feminino
filha de: José Pereira de Sales
natural de Pernambuco
e de Dora: Trácia Paiva de Sales
natural de Pernambuco

Sendo avós paternos Nelson Jerônimo de Sales
e Dora Viridiana Pereira da Silva
e avós maternos José Manoel da Silva
e Dora Paula Maria da Silva
Foi declarante a genitora
e serviram de testemunhas dispensadas

Observações



REGISTRADO EM 18 de março de 2003



Atestado à verdade e dou fe
Riacho das Almas 18 de março de 2003

Maria Adalva Silva



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: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRUNA LAURA DE SALES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03211-5

CONTA: 000000039753-9

Nr. Autenticação

BRADESCO181220190500000000002370321100000003975333750 PAGO





Serviço Social de Engenharia - Sistema Criado para Lei 10.048, de 08/06/02

NOTA FISCAL - CORTA DE ENERGIA ELETTRICA

Companhia Brasileira de Energia
Av. João de Barros, 111, São José, Recife - PE, CEP 51060-000
CNPJ 13.035.320/0001-02 * Ins. Est. 0007943-01 www.celpe.com.br

SABOR DO CLIENTE

RAFAEL LACERDA DE SALES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE FELIXIANO 34

CPF 819.812.004-83 INS 18144-20863

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
BAHIA RECENTE COM 100

CENTROUACHO DAS ALMAS
RUA DAS ALMAS PE
51120-000

| PERÍODO DE VALIDADE | VALIDADE | EMISSÃO |
|---------------------|----------|------------|
| 09/02/2019 | UFPE | 13/04/2019 |
| 09/02/2019 | UFPE | 13/04/2019 |
| 13/04/2019 | UFPE | 13/04/2019 |

| DATA DE EMISSÃO | DATA DE VALIDADE |
|-----------------|------------------|
| 4012884922 | 04/2019 |
| 23/04/2019 | 15/05/2019 |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| Descrição | Quantidade | Preço Unit. (R\$) | Valor (R\$) |
|-------------------------------------|------------|-------------------|-------------|
| Consumo Residencial 20 kWh | 30.000000 | 0.1971000 | 5.913 |
| Consumo Residencial 30 kWh 100 kWh | 70.000000 | 0.3289420 | 23.026 |
| Consumo Residencial 100 kWh 220 kWh | 18.000000 | 0.4204113 | 7.567 |
| Consumo Residencial 220 kWh 440 kWh | | | 2.395 |
| Multa por atraso em 15 dias 1502118 | | | 0.802 |
| Multa por atraso em 30 dias 1502118 | | | 1.377 |
| Multa por atraso em 45 dias 1502118 | | | 0.04 |
| Multa por atraso em 60 dias 1502118 | | | 0.08 |

TOTAL DA FATURA

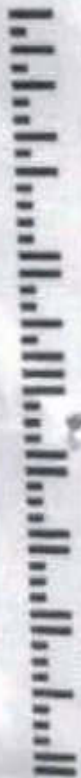
| MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT |
| MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT |

| MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT |
| MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT |

| MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT |
| MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT |

| MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT |
| MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT |

| MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT |
| MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT |



CICERO FERREIRA DA SILVA
RUA JOSE FELISMINO, 29
CENTRO
55120-000

RIACHO DAS ALMAS-PE

TELEMAR NORTE LISTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0001-93 - INC. ESTADUAL: 187.38.38-1-03-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 98 - RECIFE - PE CEP: 50050-100
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-93

Referência:
SETEM





Serviço Social de Energia Elétrica Criado pela Lei 10.438, de 24/04/02

NOTA FISCAL - CELPE - CORTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Brasileira de Penitência
Av. João de Barros, 111, São José, Recife - PE, CEP 51060-000
CNPJ 13.035.820/0001-02 * Ins. Est. 0007943-01 www.celpe.gov.br

SABOR DO CLIENTE

RAFAEL LACERDA DE SALES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSÉ FELIXIANO 34

CPF 419.812.004-83 INS 18144-20863

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
BAHIA RECENTE 01108

CENTROUACHO DAS ALMAS
RUA DAS ALMAS PE
51120-000

| PERÍODO DE VALIDADE | EMISSÃO |
|---------------------|------------|
| 09/02/2019 | 13/04/2019 |
| 09/02/2019 | 13/04/2019 |
| 13/04/2019 | 13/04/2019 |

| DATA DE EMISSÃO | DATA DE VALIDADE |
|-----------------|------------------|
| 4012884922 | 04/2019 |
| 23/04/2019 | 15/05/2019 |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| Descrição | Quantidade | Preço Unit. (R\$) | Valor (R\$) |
|---------------------------------------|-------------|-------------------|-------------|
| Consumo Residencial 22 kWh | 30,00000000 | 0,1971089 | 5,92 |
| Consumo Residencial 30 kWh 100 kWh | 70,00000000 | 0,32894209 | 23,03 |
| Consumo Residencial 100 kWh 220 kWh | 18,00000000 | 0,4204113 | 7,57 |
| Consumo Residencial 220 kWh 400 kWh | | | 2,90 |
| Consumo Residencial 400 kWh 600 kWh | | | 0,80 |
| Consumo Residencial 600 kWh 800 kWh | | | 1,37 |
| Consumo Residencial 800 kWh 1000 kWh | | | 0,04 |
| Consumo Residencial 1000 kWh 1200 kWh | | | 0,08 |

TOTAL DA FATURA

| DESCRIÇÃO | VALOR (R\$) |
|-----------------|-------------|
| TOTAL DA FATURA | 114,91 |

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS E VALORES

| DESCRIÇÃO | VALOR (R\$) |
|---------------------------------------|-------------|
| Consumo Residencial 22 kWh | 5,92 |
| Consumo Residencial 30 kWh 100 kWh | 23,03 |
| Consumo Residencial 100 kWh 220 kWh | 7,57 |
| Consumo Residencial 220 kWh 400 kWh | 2,90 |
| Consumo Residencial 400 kWh 600 kWh | 0,80 |
| Consumo Residencial 600 kWh 800 kWh | 1,37 |
| Consumo Residencial 800 kWh 1000 kWh | 0,04 |
| Consumo Residencial 1000 kWh 1200 kWh | 0,08 |

COMPOSIÇÃO DA FATURA

| DESCRIÇÃO | VALOR (R\$) |
|---------------------------------------|-------------|
| Consumo Residencial 22 kWh | 5,92 |
| Consumo Residencial 30 kWh 100 kWh | 23,03 |
| Consumo Residencial 100 kWh 220 kWh | 7,57 |
| Consumo Residencial 220 kWh 400 kWh | 2,90 |
| Consumo Residencial 400 kWh 600 kWh | 0,80 |
| Consumo Residencial 600 kWh 800 kWh | 1,37 |
| Consumo Residencial 800 kWh 1000 kWh | 0,04 |
| Consumo Residencial 1000 kWh 1200 kWh | 0,08 |

INFORMAÇÕES DE CONTATO

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

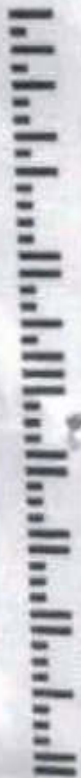
Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.

Informações de contato para o cliente, incluindo endereço, telefone e e-mail.



CICERO FERREIRA DA SILVA
RUA JOSE FELISMINO, 29
CENTRO
55120-000

RIACHO DAS ALMAS-PE

TELEMAR NORTE LISTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0001-75 - INC. ESTADUAL: 187.38.38-1-03-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 98 - RECIFE - PE CEP: 50050-100
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-75

Referência:
SETEM

