



Número: **0012534-41.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/03/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60332555	06/04/2020 15:18	2710342_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00125344120208172001

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.”

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO**, 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 **06/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 02/07/2019.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

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



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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

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

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.

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;



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 AUSÊNCIA DE COBERTURA

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT, conforme demonstrado abaixo:

RECEIPE DE DETRAN - PE
Nº 015103789136
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 2 COD-RENAVAM 1141748725 RNTRO 2019
NOME JOSENILO FRANCISCO DE BRITO
RECIFE-PE
CPF/CNPJ 045.373.744-70 PLACA PCY6573
PLACA ANT./UF 9C2KC2210JR022004
ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL
MARCA / MODELO HONDA / CG 160 TITAN ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2019
CAP/POT./CL 2P/162CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA
COTA ÚNICA LEVA 2019 QUITADO 1ª VENDA / COTAS 1ª
FAIXA LEVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.33 PRÊMIO TOTAL (R\$) 80.44 DATA DE PAGAMENTO 17/09/19
OBSERVAÇÕES AL. FID. BANCO HONDA SA
RECIFE-PE DATA 23/11/19
DIRETOR PRES. EXPEDIENTE

BILHETE DE SEGURO DPVAT
PE Nº 015103789136
JOSENILO FRANCISCO DE BRITO
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
RECIFE-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 23/11/19
VIA 2 COD-RENAVAM 1141748725 PLACA PCY6573
RENAVAM 1141748725 MARCA / MODELO HONDA / CG 160 TITAN
ANO FAB. 2017 DAT. DESE 09 Nº CHASSI 9C2KC2210JR022004
PRÊMIO TARIFÁRIO
PRM (R\$) 36.05 DETRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO (R\$) 84.58
PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 17/09/19
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.240.608/0001-04
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO

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)



Consulta a Pagamentos Efetuados

ACESSIBILIDADE



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

Sua busca por placa: PCY6573 UF: PE CATEGORIA: 09*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento				
	2019	R\$84,58	Quitado					
<table><tr><th>Data Pagamento</th><th>Valor Pago</th></tr><tr><td>17/09/2019</td><td>R\$84,58</td></tr></table>					Data Pagamento	Valor Pago	17/09/2019	R\$84,58
Data Pagamento	Valor Pago							
17/09/2019	R\$84,58							
	2018	R\$185,50	Quitado					

(*) Motocicleta

Voltar

Imprimir

Calendário de pagamento

ACESSIBILIDADE



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

Selecione as opções abaixo para acessar o calendário de pagamento do Seguro DPVAT:

Exercício UF Final da Placa Categoria(Saiba mais) Pagamento

2019 PE 3 9 À vista Consultar

Categoria: 9

Final da Placa	IPVA (COTA ÚNICA)	Com Desconto?	DPVAT	Licenciamento
3	12/02/2019	SIM	12/02/2019	-

PE: TABELA DE VENCIMENTO DO IPVA E DO SEGURO DPVAT DE 2019

Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.



Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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.”

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



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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 **06/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS 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 citação⁶.

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

⁷art. 1º. (...)

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



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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 26 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO**, em curso perante a **14ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00125344120208172001.

Rio de Janeiro, 26 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0012534-41.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/03/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60332557	06/04/2020 15:18	ANEXO 1	Outros (Documento)

CARTA PARA REANÁLISE

Eu, JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO número de sinistro 3200022483
e CPF 045.373.744-70, venho por meio desta, solicitar uma reanálise do meu
processo.

Depois de realizada minha perícia médica, recebi um valor inferior ao que deveria, levando em
conta as sequelas do meu pós-acidente.

Ciente de que serão tomadas as devidas providências, envio junto com essa carta todos os
documentos médicos enviados anteriormente e um novo laudo a fins de demonstrar de fato as
lesões que tive no meu acidente. Agradeço desde já a atenção.


NOME DA VITIMA

RECIFE 34 DE Januário DE 2020



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022483 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (RÁDIO - P7) LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA (DEDO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR 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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022483 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (RÁDIO - P7) LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA (DEDO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022483 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSsíNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (RÁDIO - P7) LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA (DEDO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR 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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022483 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (RÁDIO - P7) LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA (DEDO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: JOSENILO FRANCISCO BRITO

NACIONALIDADE: Brasileiro

IDENTIDADE: 5706266 ORGÃO: SDS/PE

CPF: 045 - 373 - 744 - 70

ESTADO CIVIL: casado

ENDEREÇO: ESTRADA DA MANGUEIRA N° 1204 - ALVARO GUANABARA
OLINDA - PE CEP: 532000-00

OUTORGADO:

NOME: Fernanda Brandão de Oliveira

NACIONALIDADE: Brasileira

IDENTIDADE: 6.141.955 SDS/PE

CPF: 056.639.994-69

ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: Rua Conego José Fernandes Machado, Nº 233 - Varzea - Recife/PE

Cep: 50.970-230

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante instituições hospitalares, corpo de bombeiro, samu e Boletim de Ocorrência e retificar caso necessário, para solicitar e retirar quais quer documentações médicas e certidões de atendimento do outorgante acima qualificado. Confio para representar-me perante SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o senhor (a):

JOSENILO FRANCISCO BRITO

Escolha o (s) tipos (s) da cobertura:

☐ DADS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ morte

Data do Acidente: 06/06/2019

27/12/2017 Recife

Local e data



JOSENILO FRANCISCO DE BRITO

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019194/20

Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

CPF: 045.373.744-70

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 06/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO : 045.373.744-70

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: 14/01/2020
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019194/20

Número do Sinistro: 3200022483

Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

CPF: 045.373.744-70

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 06/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 31/01/2020
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges





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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022483

Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

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 15376934





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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022483

Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000651**

Conta: **0000032163-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200022483

Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/02/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00151/00152 - carta_09 - INVALIDEZ

00070076



Carta nº 15472510





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMN (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

045.373.744-70

4 - Nome completo da vítima:

JOSEILDO FRANCISCO DE BRITO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAMA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo:

JOSEILDO FRANCISCO DE BRITO

6 - CPF:

045.373.744-70

7 - Profissão:

RECURSA

8 - Endereço:

ESTRADA DA MIRVEIRA

9 - Número:

1204

10 - Complemento:

11 - Bairro:

AGUAS COMPRIDAS

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.200-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0651

CONTA:

32163

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorçado



Separado judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

herdeiros (valentes)?



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 emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife, 14 de Janeiro de 2020

Joséildo Francisco de Brito

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS -
DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0115002672

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/07/2019 às
12:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 6/6/2019 às 15:30

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DEZESSETE DE AGOSTO, 81 - Bairro:**
CASA FORTE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONECIDO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

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

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MIRINALVA FRANCISCO DE BRITO Data de Nascimento: 22/8/1981 Naturalidade: VIGENCIA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3700269/SDS/PE (RG), 04537374479 (CPF) Estado
Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: PORTEIRO Telefone:
Celulares:
- 072322382

Endereço Residencial: **ESTRADA DA MIRUEIRA 1 ATE 712, 1204 - CEP: 55069-000 - Bairro:**
AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

VEÍCULO. (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSENILDO FRANCISCO DE
BRITO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto**

02/07/2019 12:10



apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEY6573 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

VEICULO, (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto

apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA, QUANDO O CONDUTOR E VEICULO NÃO IDENTIFICADOS NA VIA MENCIONADO ENTROU NA ESQUERDA DA VIA E COLIDIU COM A VITIMA. FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA UPA DA CAXANGÁ E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, ATENDIMENTO Nº 721924.

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

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO
JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *ALEXSANDRA GOMES DA SILVA* - Matrícula: 272892-8

02/07/2019 12:10





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMAS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

045.373.744-70

4 - Nome completo da vítima:

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAMA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo:

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

6 - CPF:

045.373.744-70

7 - Profissão:

RECURSA

8 - Endereço:

ESTRADA DA MIRVEIRA

9 - Número:

1204

10 - Complemento:

11 - Bairro:

AGUAS COMPRIDAS

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.200-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1,00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0651

CONTA:

32163

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

• O IML que 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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorçado



Separado judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros (valentes)?



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 emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife, 14 de Janeiro de 2020

Joséildo Francisco de Brito

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



UPA24H -- UNID PRONTO ATEND CAXANGA

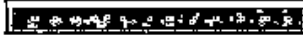
Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-06-06 16:32:31

	Nome Paciente:	JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO
	Cód. Paciente:	470394
	Data de Nascimento:	22/09/1981
	Sexo:	Masculino
	Idade:	37
	Senha:	OR0040
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1309845 

SAME:

Período: 2019-06-06 16:32:31 - 2019-06-06 16:34:37

Prioridade:	NÃO URGENTE
Cor:	 VERDE
Queixa Principal:	PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, OCORRENCIA: 637748, BÁSICA-15-RECIFE, VÍTIMA DE COLISÃO CARRO E MOTO EM VIA PÚBLICA HOJE, COM DOR E LESÃO EM MSD.
Observação:	HAS- DM- ALERGIA-
Fluxograma sintoma:	TRAUMA LEVE
Discriminador(es):	- DOR LEVE - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- REGUA DE DOR: 4 - CAPNOGRAFIA: 97.00 % - FREQUÊNCIA CARDÍACA: 94.00 BPM - FREQUÊNCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM - GLICOSE: 128.00 MG/DL - P.A. SISTOLICA: 110.00 MM/HG - P.A. DISTOLICA: 70.00 MM/HG - TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-07-03 08:14:37



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	23/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00651

CONTA: 000000032163-1

Nr. da Autenticação 5AA2BD32EB16C453





UNITE SE CREDITO
Quanto você pode ganhar no cartão **R\$ 677,76**
composto à vista

Vencimento **03/06/2019**
SEGUNDA-FEIRA

QUERO DA SORTE

Adquira nossas Seguros ou Assistências e concorra a R\$ 10.000 por mês. Saiba mais em nossa Central de Atendimento.

ENCARGOS FOMOSULOS

Multa por atraso	2 % a.m.
Encargos contratuais no período	21,99 % a.m.
Encargos máximos próximo período	21,99 % a.m.
Custo efetivo total	1,004,88 % a.m.
Encargos efetivos próximo período	14,99 %
Juros de mora	1 % a.m.
IDF Acidental	0,33 %
IDF Flutuante	0,0002 % a.d.

FATURA
ANTERIOR

Total a pagar
R\$ 226,93

Créditos
R\$ 165,78

FATURA
ATUAL

Saldo da fatura anterior
R\$ 63,15 (X)

Compras e Débitos
R\$ 119,69 (Y)

Total a pagar dessa fatura

R\$ 182,84 (Z=X+Y)

TOTAL A PAGAR

R\$ 182,84

PAGAMENTO MÍNIMO

R\$ 93,07

PARCELAMENTO

12x de R\$ 30,32

Total: R\$ 363,84
Juros: 15,99% a.m.

DATA	DESCRIÇÃO	PARC.	VALOR
	Total da fatura anterior		128,93
02/05	OBRIGADO PELO PAGAMENTO		-150,09
28/04	CREDITO		-15,78
08/05	PARCELA DE COMPRA - SUPERMERCADOS ARCO IRIS	PARC.1/2	56,79
19/05	PARCELA DE COMPRA - SUPERMERCADOS ARCO IRIS	PARC.1/2	54,51
22/05	ANUIDADE DIFERENCIADA		7,99
22/05	IDF ROTATIVO		0,40

OUTRAS OPÇÕES DE PARCELAMENTO

A	10x de R\$ 32,60 Total: R\$ 326,00 Juros: 15,99% a.m.
B	9x de R\$ 34,21 Total: R\$ 307,89 Juros: 16,99% a.m.
C	8x de R\$ 36,28 Total: R\$ 290,24 Juros: 15,99% a.m.
D	3x de R\$ 71,80 Total: R\$ 215,40 Juros: 16,99% a.m.

- Para pagamentos entre R\$93,07 e R\$30,32 buscaremos a oferta de parcelamento com o valor da parcela imediatamente inferior ao valor pago, considerando-o como "bônus" no plano. Para aderir aos outros parcelamentos ofertados deve ser pago o valor exato da entrada (incluindo os centavos).
- Como queremos antecipar parcelas, com desconto proporcional dos juros, entre em contato com nosso atendimento.
- Verifique disponibilidade de outros planos de parcelamento entrando em contato com nosso atendimento.



Bradesco		237-2	23792.36702 90300.263119 73000.160504 5 00000000000000	
Local de Pagamento: PARA SUA CONVENIÊNCIA, PAGUE PREFERENCIALMENTE NA LOJA EM QUE VOCÊ FEZ O CARTÃO OU EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA.				
Beneficiário: FIDC FORTBRASIL - 29.665.263/0001-00 - Av. das Américas, 3434, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro - RJ				
Data de Vencimento: 22/05/2019	Número do Documento: 3002631173	Emissão Doc. DM	Assinatura N	Data de Emissão: 22/05/2019
Nº da Cartão/Parcela:	Código: 09	Exigência: R\$	Quantidade:	Valor Nominal: 182,84
Observações: Ao Caixa: Receber independentemente do valor. Não receber pagamentos com cheques. Ao Cliente: De preferência ao pagamento total. Não sendo possível, pague qualquer valor entre o mínimo e o total e, nesse caso, estará financiando sua fatura com incidência de encargos que serão cobrados na próxima fatura. Pagamentos inferiores ao mínimo ou após o vencimento incidirão multa, encargos de mora e financiamento na próxima fatura além de bloqueio dos cartões vinculados ao mesmo CPF, ações de cobrança e registro no SPC. Verifique a disponibilidade do parcelamento da fatura. Para contratar, pague o valor exato da opção escolhida. Após 15 dias de atraso, pague na loja ou no BRadesco. * Verifique a disponibilidade. * Os dados de crédito utilizados desta fatura fazem parte do seu histórico de crédito e são utilizados para a análise de crédito da Fort Brasil.				
Assinado eletronicamente por: IRMA EURIDICE CHAGAS LEITAO CPF: 020.582.174-40 ESTRADA DA MIRUEIRA, 1204 APOS PONTO MOTO TAXI AGUAS COMPRIDAS 53200000 OLINDA - PE				



Ficha de Compensação AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



**FERNANDA**CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/minhaOiFATURA DE
NOV/2019
CÓDIGO MINHA OI
401673631287VENCIMENTO
02/12/2019
Emissão em 15/11/2019
Período de 13/10/2019 a 13/11/2019PAGAR (R\$)
106,93CIC RECIFE PE PE
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CA
JD TERESOPOLIS DOIS
50970-230 - RECIFE - PE**PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.**A Joice é a inteligência artificial
da Oi. Ela está 24h por dia
disponível pra ajudar você.
Precisa da sua conta
ou de um suporte técnico?
Peça pra ela.

Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS**84,99** **OI MÓVEL**

+ Serviços Adicionais	19,90
+ Pacotes Adicionais do Móvel	0,00
TOTAL DE MENSALIDADES	104,79
Multa e Juros	2,14

TOTAL DA SUA FATURA**106,93**FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.894-89
NÚMERO DO CLIENTE: 2888783434
NÚMERO DA FATURA: 302903687
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401673631287**CÓDIGO MINHA OI
401673631287**www.oi.com.br/MinhaOi
Cadastre-se no Minha Oi e consulte saída,
conta detalhada, histórico de consumo e
muito mais.**ENTENDA SEU CONSUMO**

Valores da sua fatura nos últimos meses

Nov 2019	106,93
Out 2019	104,79
Set 2019	106,99
Ago 2019	104,79
Jul 2019	106,93
Jun 2019	106,92

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia o
seu. Cobrança da Multa de 2% + juros de 1% ao
mês pro rateio dia. Suspensão do serviço: Parcial,
15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais
30 dias, Suspensão Total. Durante o período de
Bicúpio Parcial, a assinatura de sua linha será
cobrada normalmente de acordo com os valores
contratados, pois ela continua apta a receber
chamadas, Cancelamento e inclusão nos órgãos
de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa). 30 dias
após a Suspensão Total.CLIENTE
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRAFATURA DE
NOV/2019
VENCIMENTO
02/12/2019
VALOR
106,93DÉBITO AUTOMÁTICO
401673631287OI MÓVEL S.A.
Endereço: Rua da Assembleia, 100 - 1º andar
Lapa - Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20040-000
Telefone: (21) 3000-0000
Site: www.oi.com.brOI MÓVEL S.A.
Endereço: Rua da Assembleia, 100 - 1º andar
Lapa - Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20040-000
Telefone: (21) 3000-0000
Site: www.oi.com.br

84610000001-3 06930113288-7 87694340302-1 90306700100-3





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 - SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-022-91-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a manter cadastro das ações e atividades no pagamento de indenizações, de acordo com o artigo 1º da Resolução da SUSEP nº 10.000/2010, e a fornecer informações acerca da profissão e da renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURAD. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **056.639.984**

, **89**

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSENILO FRANCISCO DE BRITO

inscrito (a) no CPF sob o nº **045.373.744**, **70**

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ**

da vítima **JOSENILO FRANCISCO DE BRITO**

inscrito (a) no CPF sob o nº **045.373.744**, **70**

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Não tenho profissão:

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

RUA CÔNEGO JOSÉ FERNANDES MACHADOS

Número:

233

Complemento:

CASA

Bairro:

VARZEA

Cidade:

RECIFE

Estado:

PE

CEP:

50.970-230

E-mail:

fernandabrandao2013@gmail.com

Tel. (DDD):

81 98562-9424 / 81 90472-7858

Local e Data:

Assinatura do Declarante

DLRL-001 V001/2017



Nome: 170394-JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO
Idade: 37a 9m Nascimento: 22/09/1981
Sexo: Masculino Contatos: / 81-97232363
Mãe: MARINALVA FRANCISCO DE BRITO
Endereço: RUA MAURILÂNDIA, 25 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52191170

Data do Atendimento: 06/06/2019
Prontuário: 00470394
Nº Atendimento: 01309845
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

Dor e edema no punho direito + ferimento no dorso do 4º raio da mão direita após acidente motociclistico hoje.

EXAME FÍSICO:

Ferimento no dorso do 4º raio da mão direita
Edema com bloqueio algico do punho direito

DIAGNÓSTICO:

1. Luxação exposta da IFP do 5º QDD
2. Fratura do rádio e ulna distais

UPA 24h
Dra. Kelly Vasconcelos
CRM: 11727

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Nome: 470394-JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO
Sexo: MASCULINO
Idade: 37a 9m
Nascimento: 22/09/1981
Contatos: / 81-97232363
Mãe: MARINALVA FRANCISCO DE BRITO
Endereço: RUA MAURILÂNDIA, 25 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52191170

Data do Atendimento: 06/06/2019
Prontuário: 00470394
Nº Atendimento: 01309845
Serviço: ORTOPIEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

Conduta:

1. Rx da mão direita - Fratura com desvio dorsal do radio e ulna distais direitos + Luxação dorsal da IFP do 5o QDD
CD: 1. Transfiro paciente para tratamento cirurgico

UPA24h
CAXANGÁ
Dr. Felipe Mesquita
CRM: 21360

FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA





Nome: 470394-JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO
Sexo: MASCULINO
Contatos: - / 81-97232363
Idade: 37a 9m
Nascimento: 22/09/1981
Mãe: MARINALVA FRANCISCO DE BRITO
Endereço: RUA MAURILÂNDIA, 25 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52191170

Data do Atendimento: 06/06/2019
Prontuário: 00470394
Nº Atendimento: 01309845
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUINTA-FEIRA, 06 DE JUNHO DE 2019

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE:

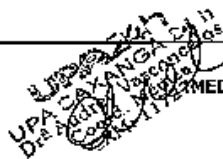
SENHA:

QP:

Dor e edema no punho direito + ferimento no dorso do 5º raio da mão direita após acidente motociclístico hoje, 06/06/2019.

EVOLUÇÃO:

Rx = Luxação exposta da IPP do 5º QDD + Fratura do rádio e ulna distais com desvio dorsal.



MEDICO: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Nome: 470394-JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO Idade: 37a 9m Nascimento: 22/09/1981
Sexo: Contatos: / 81-97232363
MASCULINO
Mãe: Endereço:
MARINALVA FRANCISCO DE BRITO RUA MAURILANDIA, 25 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52191170

Data do Atendimento: 06/06/2019
Prontuário: 00470394
Nº Atendimento: 01309845
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21350

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

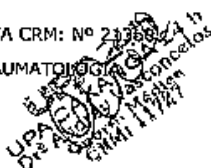
1. Luxação exposta da IFP do 5o QDD
2. Fratura do rádio e ulna distais

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

Transfiro paciente para tratamento cirurgico

MÉDICO: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21350
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 /CGC: 9767633000609





CTTU
AUTARQUIA DE TRÂNSITO
E TRAFEGO URBANO DA CIDADE



RECIFE
PREFEITURA DA CIDADE

DECLARAÇÃO

Número do Boletim

73929

Local:

AV DEZESSETE DE AGOSTO - Casa Amarela

Data:

06/06/2019

Hora:

15:45

Veículo(s) de Placa(s)

PCY6573 - PES3539 - - -

Natureza do acidente

Abalroamento Transversal

Vítima(s):

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO - - - - -

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos, o registro de um acidente com vítima com os dados acima referidos, não podendo a CTTU emitir cópia do Registro Estatístico, tendo em vista que, em acidentes com vítima, a competência não é desta Autarquia, sendo o registro realizado apenas para fins estatísticos.

Recife, 11 de julho de 2019

Celso Rodrigues
Chefe do 3º M
Mat. 8688-6
Autarquia CTTU / Rec

Fabiano Ferraz
Diretor de Trânsito

CTTU
AUTENTICAÇÃO PELO CTTU/GPC
Vice-Rece
Mat. Nº 8688-6

Rua Frei Cassimiro, 91 - Santo Amaro - Recife-PE - CEP: 50100-260

CNPJ/MF 10.846.103/0001-20 - Fone: (81) 3232.5300 - fax (81) 3232.5328

Email: cttu@recife.pe.gov.br





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX813184

DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO

Declaro para os devidos fins que, JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO, REG.: 1121943, encontra-se internada no setor de Ortopedia e Traumatologia deste Hospital desde o dia 06/06/19 até a presente data, atualmente na Enfermaria 103 Leito 01, sem previsão de alta hospitalar.

Recife, 19 de JUNHO de 2019


Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM 27709





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

1. Ocorrência da Emergência: 731915

1.1 - **Atendimentos em:** 06/06/19

1.2 - **Às 22 horas e 53 minutos.**

1.3 - **Internado:**

1.4 - **Retirou-se às hr. e min.**

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1121943

2.1 - **Internado em:**

2.2 - **Alta em:** 29/06/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO + FRATURA EXPOSTA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 07/06/19 – LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + IMOBILIZAÇÃO. 2) CIRURGIA EM 27/06/19 – OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO RÁDIO DIREITO COM PLACA E PARAFUSOS.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO À CAMINHO DO TRABALHO.

DATA: 27.8.2019

HORA: 11:19:03

PASTA: 01.08.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen <i>Não am</i>	
<i>5 Con DM, DIFERENCIADA E PENITENTES EM PUNTO Q 5º DEU</i>	
<i>PODUTIVO DIABETES</i>	
Diagnóstico Inicial: <i>FRATURA FECHADA DO METACARPO DÍGITO</i>	
<i>LUXAÇÃO EXPOITA DO 5º METACARPO DÍGITO</i>	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados : 1 - Especializados	
Resultado de Exames: <i>RX</i>	Código Procedimento:
Tratamento / Procedimentos: <i>AO BLOCO CIRÚRGICO - PRINCIPAL DE</i>	<i>Dr. Sérgio Tavares</i> <i>traum. ortop. + Carimbo</i> Código Procedimento:
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso:	
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se	☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito
Informação do Serviço Social:	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta a Pedido / Transferência:	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 06/06/2019 22:53 h EDILENERS	Impressão: 06/06/2019 22:53 h EDILENERS

Médico



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 06/06/2019 22:40

Nome Paciente: JOSENILO FRANCISCO DE BRITO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: E0048
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 06/06/2019 22:40 - 06/06/2019 22:41

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - ENFERMEIRO(A)

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM MSD APOS COLISÃO MOTO X CARRO HOJE.

HAS

DM

ALERGIA NEGA

Observação: UPA

Luxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): DEFORMIDADE GROSSEIRA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06/06/2019 22:41

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA**

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO: 06/06/19

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

☐	IDADE > OU IGUAL 65 ANOS
☐	CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS
☐	COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO
☐	DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE
☐	PRÉJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA
☐	DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA
☐	HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA
☐	ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)
☐	OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA
☐	SEDAÇÃO/ANESTESIA
☐	MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL
☐	URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL
☐	HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA
☐	PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☐ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☒ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM
☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

Alexandra Lucena
COREN-PE 345975-EN

HGV 1028.V.1.2018.

Avenida General San Martín s/n - Cordano
Recife-PE CEP 51630-080
Fone: (081) 31845500





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 470394-JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

Idade: 37a. 8m Nascimento: 22/09/1981

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-97232363

Mãe: MARINALVA FRANCISCO DE BRITO

Endereço: RUA MAURILÂNDIA, 25 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52191170

Data do Atendimento: 06/06/2019

Prontuário: 00470394

Nº Atendimento: 01309845

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUINTA-FEIRA, 06 DE JUNHO DE 2019

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE:

Hospital Getúlio Vargas

SENHA:

5700335

QP:

Dor e edema no punho direito + ferimento no dorso do 5º raio da mão direita após acidente motociclístico hoje, 06/06/2019.

EVOLUÇÃO:

Rx = Luxação exposta da IFP do 5º QDD + Fratura do rádio e ulna distais com desvio dorsal.

Filipe Mesquita
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 21360

MEDICO: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 /CGC: 9767633000609





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 470394-JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO
Sexo: MASCULINO
Idade: 37a-8m
Nascimento: 22/09/1981
Contatos: 81-97232363
Mãe: MARINALVA FRANCISCO DE BRITO
Endereço: RUA MAURILÂNDIA, 25 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/PE - CEP:
52191170

Data de Atendimento: 06/06/2019
Prontuário: 00470394
Nº Atendimento: 01309845
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. Luxação exposta da IFP do 5º QDD
2. Fratura do rádio e ulna distais

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

ansfiro paciente para tratamento cirurgico

Filipe Mesquita
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 21360

MÉDICO: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO-PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 /CGC: 9767633000609



Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPÉDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

LUXAÇÃO EXPOSTA DE JFP DO SQDD + FRATURA DE RADIO E ULNA DISTAIS DIREITOS

Tratamento:

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM APOSIÇÃO DE PLACA + ANTIBIOTICOTERAPIA + ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL + ORIENTAÇÕES

OBS:

ALTA DADA SOB ORIENTAÇÃO DE DRA SANDRA PAIVA, RETORNO AO AMBULATÓRIO DA MÃO COM 15 DIAS. MANTER TALA, CEFALEXINA 500MG 1CP VO S/6H POR 7 DIAS.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BEG: AAA, CLINICAMENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

DATA DA INTERNAÇÃO

06/06/2019

DATA DA ALTA

29/06/2019

Dr. José Victor M. Lucena
Médico
CRM-PE 27709

Recife, 29 DE JUNHO DE 2019

JOSÉ VÍCTOR MADEIRO DE LUCENA - CRM: nº 27709

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martín, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO Registro: 1121943

Data de cirurgia: 07/06/2019

Operador: DR. SERGIO

1º auxiliar: DR. SILVIO MR3

Anestesista: O PRÓPRIO CIRURGIÃO

Diagnóstico pré-operatório: LUXAÇÃO CRÔNICA DE 5º QDD + EXPOSIÇÃO DE F2 ATUAL + *Fratura de bico de pato distal (D)*

Tipo de operação: LMC + SUTURA

Descrição operatória:

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local com lidocaína a 1%
2. Antissepsia + assepsia;
3. Aposição de campos estéreis;
4. Observado exposição de F2 de 1º DDD após trauma e luxação crônica de 5º QDD;
5. LMC com SF0,9%
6. Sutura da pele com Nylon 4-0
7. Curativo.
8. Observada boa perfusão distal ao fim do procedimento.

Obs: AO GRUPO DE MÃO

Dra. Juliana Picanli
CRM 12042





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: JOSINALDO FRANCISCO DE BRITO Registro: 1121943

Data da operação: 27/06/19

Operador: DR. SANDRA LIMA 1º auxiliar: DR. DALMY PINHEIRO

2º auxiliar: DR. AGNELO JUNIOR

Anestesiista: DR. JULIO MALA

Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL A DIREITA

Tipo de operação:
OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL COM PLACA BLOQUEADA E
PARAFUSOS

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Antissepsia + Assepsia de MSD;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Garroteamento de MSD
- 5) Incisão volar em punho esquerdo (via de Henry);
- 6) Divulsão por planos anatômicos até o foco de fratura;
- 7) Redução cruenta da fratura do rádio distal direito + fixação com placa bloqueada anatômica de radio distal direito + 06 parafusos bloqueados para ortese em liga de titânio e 01 parafuso cortical em titânio;
- 8) Limpeza com SF 0,9%;
- 9) Visualização da redução com fluoroscopia;
- 10) Sutura por planos anatômicos;
- 11) Sutura da pele com nylon 4,0;
- 12) Curativo local.
- 13) Observada boa perfusão distal após soltura do garroteamento;
- 14) Tala luva MSD..

29

Silvio Brandão Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25186

Silvio Brandão Costa
Ortopedia e Traumatologia



JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO		01121943	
731924	MASCULINO	37a 9m 6d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 103-D1

Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

LUXAÇÃO EXPOSTA DE IFP DO 3º QDD + FRATURA DE RADIO E ULNA DISTAIS DIREITOS

Tratamento:

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM APOSIÇÃO DE PLACA + ANTIBIOTICOTERAPIA + ACONFANHAMENTO AMBULATORIAL + ORIENTAÇÕES

OBS:

ALTA DADA SOB ORIENTAÇÃO DE DRA SANDRA PAIVA, RETORNO AO AMBULATÓRIO DA MÃO COM 15 DIAS: MANTER TALA, CEFALEXINA 500MG 1CP VO 6/6H POR 7 DIAS.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

SEG, AAA, CLINICAMENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
06/06/2019	29/06/2019

Recife, 29 DE JUNHO DE 2019

Dr. José Victor Madeiro de Lucena
CRM: 27709

JOSE VICTOR MADEIRO DE LUCENA - CRM: Nº.27709

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gsl. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.045/0005-51
Fone - (31) 3184-5500



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA		
02/06/19	ENFERMARIA 109- LEITO 01 PACIENTE: VERONICA MARIA BATISTA VITOR MELO	REG: 1112192
1. DIETA VO LIVRE 2. JELCO HIDROLISADO 3. VANCOMICINA 500MG, FAZER 02 FA, EV, 12/12H + 250 ML SF 0,9% → 4 4. DIPIRONA 1G + AD, EV, DE 6/6H 1 5. OMEPRAZOL 20MG – 1CP, VO, EM JEJUM 12 6. BROMOPRIDA – 01FA + AD, EV, 8/8H 5N 7. TRAMAL 100MG – 1 FA + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SE DOR INTENSA 8. CAPTOPRIL 25 MG – 01 COMP VO SE PAS >= 160MMHG OU PAD >= 110 MMHG E COMUNICAR AO MÉDICO PLANTONISTA 9. CLEXANE 40MG OU GOMG OU ROMG – 1FA SC 1X AO DIA, NA FALTA FAZER HIBOR 3500 UI SC 24/24H, NA FALTA FAZER LIQUENINE 5000UI SC 12/12H, NA FALTA FAZER HEPARINA SÓDICA 5000UI – FAZER 0,25ML SC 12/12H (NÃO FAZER CASO PACIENTE NO MAPA CIRÚRGICO DE AMANHÃ – CHECAR MAPA ANTES) 10. SSVV + CCGG 11. CURATIVO DIÁRIO E ACOMPANHAMENTO COM COMISSÃO DE CURATIVOS CCM		
		DRA JULIANA PIVANTI CRM 27900 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO: F ☐ M ☐

Josmar Franco do Brito
Retorno Ativo.

Josmar, por entrar muito cedo,
com pouco fadiga de rodio de 11h, inflexão
de elevação de tróvão, pouco movimento a
força de campo de 12h direto total. De acordo
com o plano - 6 horas de ponto. Dado
como segue por transição

On = 562/1000

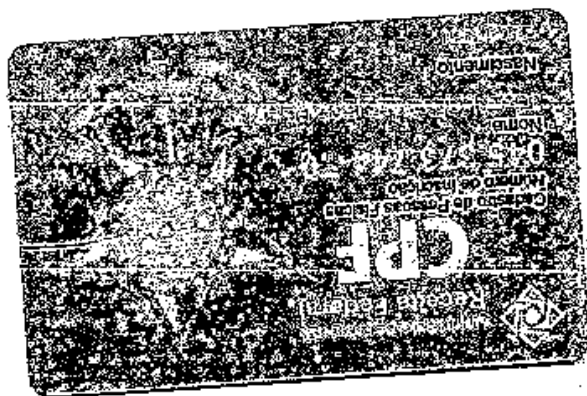
12/12/12

RECEITUÁRIO
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Avenida General Bar. Marinho s/n - Cordão
Recife/PE - CEP 50.830-090
Fone: (0XX) 81.31845000

HGV 1002.V 1 2013.





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/04/2020 15:18:44
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040615184460800000059301679>
 Número do documento: 20040615184460800000059301679

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015103789136
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 2 COD. RENAVAM 1141748735 R.N.T.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME JOSENILO FRANCISCO DE BRITO

RECIFE-PE

PLACA ANT./LUF 045.243.746-70 PLACA PCY6572

PLACA ANT./LUF *****/PE CHASSI 9C2XCE2210JR622004

ESPECÍFICO PAS / MOTOCICLO COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 180 TITAN ANO FAB. 2017 ANO LIC. 2019

CAP./POT./CL 2P/152CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA 1º ***** 2º ***** 3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11 OF (R\$) 10.35 PREMIO TOTAL (R\$) 90.46 DATA DE PAGAMENTO 17/09/19

AL. FID. SANTO HONDA SA

RECIFE-PE

DATA 23/11/19

RECEBOS CARROS NOVOS

DIÁZ DE PAZ

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
E TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015103789136 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSENILO FRANCISCO DE BRITO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE-PE

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 23/11/19

VA 2 COD. RENAVAM 1141748735 R.N.T.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME JOSENILO FRANCISCO DE BRITO

PLACA ANT./LUF 045.243.746-70 PLACA PCY6572

PLACA ANT./LUF *****/PE CHASSI 9C2XCE2210JR622004

ESPECÍFICO PAS / MOTOCICLO COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 180 TITAN ANO FAB. 2017 ANO LIC. 2019

CAP./POT./CL 2P/152CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA 1º ***** 2º ***** 3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11 OF (R\$) 10.35 PREMIO TOTAL (R\$) 90.46 DATA DE PAGAMENTO 17/09/19

AL. FID. SANTO HONDA SA

RECIFE-PE

DATA 23/11/19

RECEBOS CARROS NOVOS

DIÁZ DE PAZ

SEGURODPVAT

CNPJ 03.243.069/0001-04

PREMIOS E QUANTO O BILHETE DPVAT
ELEVA A SA FORTA OBRIGATORIA





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSEILDO FRANCISCO DE BRITO
 DATA DO ACIDENTE 06/06/2019 CPF DA VÍTIMA 045.373.744-70
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Fernanda Brandão de Oliveira
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É PRÓPRIO PAI
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO
 Nº 233 COMPLEMENTO A BAIRRO Varzea
 CIDADE Rio de Janeiro UF PE CEP 50970-230
 E-MAIL fernandabrandao2013@gmail.com TELEFONE (81) 98552-9424

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODENDO SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E FOTÓTIPO) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODENDO SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/03/2020
 IDENTIDADE 6141955 SDS/PE
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 14/03/2020
 NOME Eduardo
 ASSINATURA Eduardo Boys



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019194/20

Vítima: JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO

CPF: 045.373.744-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/06/2019

Titular do CPF: JOSENILDO FRANCISCO
DE BRITO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

JOSENILDO FRANCISCO DE BRITO : 045.373.744-70

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.

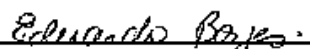
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/01/2020
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06


Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

