



Número: **0000070-10.2020.8.17.3480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **03/02/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE DE LIMA ANDRADE (AUTOR)		EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61722118	11/05/2020 16:35	2718287_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



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

Processo: 00000701020208173480

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE DE LIMA ANDRADE**, 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 **14/05/2019**, restando permanentemente inválida.

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

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

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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



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

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

PRELIMINARMENTE

DA NECESSIDADE DA PROCURAÇÃO SER OUTORGADA POR INSTRUMENTO PÚBLICO

É cediço que nas procurações em que o outorgante é analfabeto não comporta a outorga via instrumento particular¹, mas tão somente por instrumento público, conforme interpretação a contrario sensu do art. 654 do Código Material Civil.

Ocorre que, *in casu*, na procuração juntada aos autos, a outorga tem sido feita por instrumento particular, não obstante a parte autora não conseguir assinar seu nome, conforme exigência daquele dispositivo legal.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte autora para sanar o vício contido no documento acostado no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a procuração outorgada é eivada de vício não produzindo, assim, nenhum efeito legal².

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

DO MÉRITO

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

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

¹"Acidente de Veículo. Responsabilidade extracontratual. Solidariedade. Não Reconhecimento. Ilegitimidade passiva ad causam. Extinção do processo sem resolução de mérito. Impertinente a inclusão no pólo passivo da ação da empresa contratante de serviços de distribuição por ato ilícito praticado por empregado, serviçais ou prepostos do agente, diante da ausência de solidariedade prevista em lei ou no contrato. Ação. Analfabeto. Procuração. Instrumento Público. Necessidade. Em se tratando de analfabeto, é obrigatória a procuração por instrumento público. (TJSP – Agravo de Instrumento nº 990.10.453486-0 – Praia Grande – 27ª Câmara de Direito Privado – Rel. Des. Gilberto Leme – Julgado em 07.12.2010) (...) No que tange à regularização processual, anote-se que, em se tratando de analfabeta, a validade do mandato judicial é condicionada à existência de instrumento público, para que se demonstre a efetiva outorga de poderes para a representação em juízo (CC, art. 654). Arnoldo Rizzardo assevera que o analfabeto, "por não possuir firma, e, em decorrência, não assinar, o que torna impossível comprovar lhe pertençam os dizeres lançados no instrumento, a forma pública é imprescindível" (op. cit. 687). Arnoldo Wald enuncia que "O analfabeto só pode dar procuração por instrumento público." (Obrigações e Contratos, 13a ed., São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, p. 452). Ao tratar desse tema, Humberto Theodoro Júnior leciona que: "O instrumento público só é obrigatório para os analfabetos ou os que não tenham condições de assinar o nome." (Curso de Direito Processual Civil, vol. I, Forense, 2009, RJ, pág. 102)."

²Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, Apelação Cível nº [\[2009.001.20283\]](#), 10ª Câmara Civil, Julgamento: 30/06/2009. "*Apelação Cível. Ação declaratória de inexistência de débito. Tarifa de esgoto. Autor-apelante que apresenta procuração sem assinatura, tendo lançado mera impressão de digital em instrumento particular de mandato. Mandatário analfabeto que deve outorgar poderes em instrumento público, conforme exegese dos arts. 215, § 2º do Código Civil e 366 do Código de Processo Civil. Inércia injustificada após concessão de prazo para a regularização. Atos processuais inexistentes. Inteligência do arts. 13, inciso I, c/c 37, caput e § único e 38, todos do C.P.C. Recurso do qual não se conhece.*"



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

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

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

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

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

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)



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

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

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

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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.”



Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

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

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

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

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

⁷ **art. 1º . (...)**

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



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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TIMBAUBA, 30 de abril 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/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE DE LIMA ANDRADE** , em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **TIMBAUBA**, nos autos do Processo nº 00000701020208173480.

Rio de Janeiro, 30 de abril 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: **0000070-10.2020.8.17.3480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **03/02/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE DE LIMA ANDRADE (AUTOR)		EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61722 119	11/05/2020 16:35	ANEXO 1	Outros (Documento)

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 14/05/2019

HORA: 10.25

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 74

Nome: JOSÉ DE LIMA ANDRADE

Cartão SUS: F1 Sexo: M Data Nasc: 07/07/76 Idade: 42

Nome da mãe: M. ROBERTO DE LIMA

Logradouro: SÍTIO ANGELIM Nº

Complemento: CASA Bairro/Localidade: ZONA RURAL

Município: TIMBAÚBA UF: PE Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

2- ANAMNESE: Afeto utero hepático de natureza
matr. com trauma contuso no
período prévio.

3- SSVV: T FC PA: F.R: Glasgow: SatO2 HGT

C.B. 150 mm

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

Hipótese Diagnóstica:

CID:

Conduta: (X) Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora / / às : h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1. 10/12/2017 Cne - 030

2. 01/12/2017 5000 - 030

3. 01/12/2017 5000 - 030

4. 01/12/2017 5000 - 030

5. 01/12/2017 5000 - 030

6. 01/12/2017 5000 - 030

7. 01/12/2017 5000 - 030

8. 01/12/2017 5000 - 030

9. 01/12/2017 5000 - 030

10. 01/12/2017 5000 - 030

BR 408 - Km 29, S/N - Loteamento Aranjina - Timbaúba - PE CEP: 55870-000 CNPJ: 10.583920/00005-61 TEL: 81 3631 0443

Flávia M. M. A. Lima

UPA 24h Timbaúba - PE

Assinatura e Carimbo

UPA 24h**TIMBAÚBA**
GOVERNO MUNICIPAL
PARTO BONFIM 1911 1915**HTRI**
Hospital do
Tricentenário**FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

AZUL () VERDE () AMARELO () VERMELHO ()

NOME: João de Jesus Andrade IDADE: 42/2DATA: 14/05/19 HORA: 10:30 MUNICÍPIO: TimbaúbaPA: 120/90 T: 36,5 FC: 70 SAT: 98 PESO: 70 HGT: 1,70HAS ☒ DM ☒ ALERGIA MEDICAMENTOSA ☐**I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA**

- 1- Apneia () Cianose () Estridor () FC < 50 ou > 140 () FR > 32 vpm () FR < 10 ()
- 2- Extremidades frias () Enchimento capilar lentificado () Pulso fraco () Pulso ausente ()
- 3- Sudorese () PAD > 130 mmHg ()
- 4- Irresponsivo ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso ()
- 5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ()
- 6- Lesão grave () Convulsionando no momento () Letargia ()

II- Sinais de urgência - atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação - CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glásgow entre 13 e 15 ()
- 2- FC < 50 ou > 140 () PAS < 90 ou > 240 () PAD > 130 sem sintomas ()
- 3- Febre > 39 °C () Febre com imunodepressão () Turgor pastoso ()
- 4- História de convulsão nas últimas 24h () Mucosas ressecadas ()
- 5- Impossibilidade de desobstrução aguda ()
- 6- Queimadura de 2º e 3º graus não críticas SCQ < 10% ()
- 7- Víctima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ()
- 8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ()
- 9- Dor abdominal intensa () Dor torácica intensa ()
- 10- História de até 72h de:
Melena () Hematêmese () Enterorragia () Epistax ()
- 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ()

*Compreensão com o
28/05/19*
[Assinatura]



III- Sem riscos de morte- somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHOS e AMARELO- CLASSIFICAÇÃO VERDE

- 1- Dor de ouvido moderada/ grave () Dor abdominal ()
- 2- Febre sem outros sinais clínicos ()
- 3- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação ()
- 4- Retorno com período < 24 horas por ausência de melhoras ()
- 5- Internamento eletivo ()
- 6- Abscesso exceto face/ retroauricular ()

Por referir quadro de risco, apresentando este no ROME (E)

IV- Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para o atendimento para o atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social- CLASSIFICAÇÃO AZUL

- 1- Tosse crônica ou recorrente ()
- 2- Obstrução nasal crônica ou recorrente ()
- 3- Coriza crônica ou recorrente ()
- 4- Queimadura de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 6 horas ()
- 5- Troca de curativos ou retirada de pontos ()
- 6- Constipação intestinal sem outros sintomas ()
- 7- Dor abdominal crônica ()
- 8- Afecções da pele e tecido subcutâneo sem sinais sistêmicos ()

ENCAMINHADO:

PO clauca

Manoela S. Rosendo
COREN-PE 402412/EMF

ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO

ORIENTOU:

ASSINATURA DA ASSISTENTE SOCIAL

BR 408 - Km 29, S/N - Loteamento Arizuma - Timburiá - PE CEP: 55870-000 CNPJ: 10.583920/00003-67 TEL: 81 3631 0443

Carimbo 28.05.19
Flávia M. A. Lima
UPA 24h Timburiá
Coordenação Financeira



BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: Gratuito
Paciente: Tomás de Aquino
Idade: 67 anos Senha: 5683641
Anamnese: história de hipertensão arterial
com tratamento com medicação
Exame Físico: normal
Exames: normal
Hipótese Diagnosticada: Isquemia
Medicamentos/Procedimentos Realizados: Aspirina
500mg
Equipe de Transferência: Dr. Carlos

Médico: Dr. Carlos Data: 11/05/2020

Rua 406 Km 25- Loteamento Terapias
Cep: 53670-900 Timbaúba-PB Tel: 3334-2000

Tec. Wemerson
Coord. Wemerson Severino

Comprovado com original
28.5.19

Flávia M. A. Lima
UPA 24h Timbaúba/PE
Coordenação Financeira

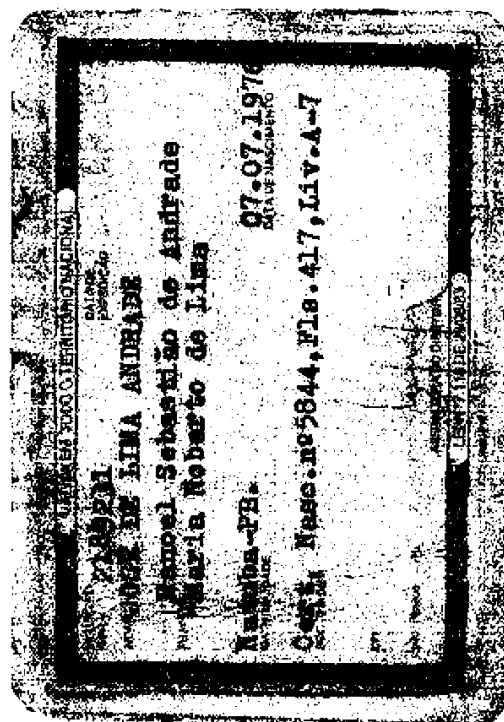
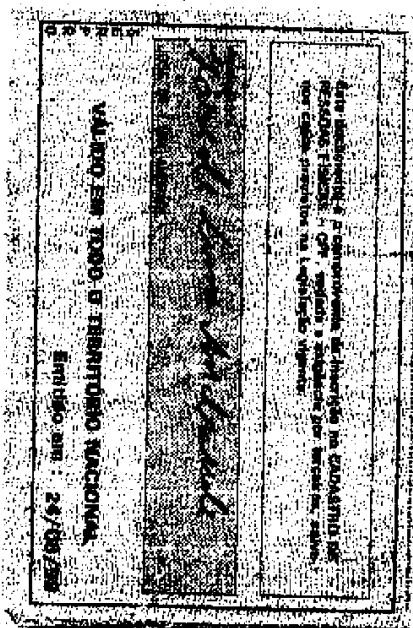
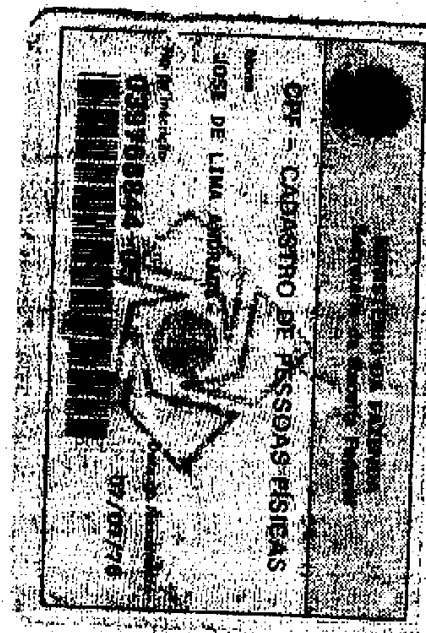
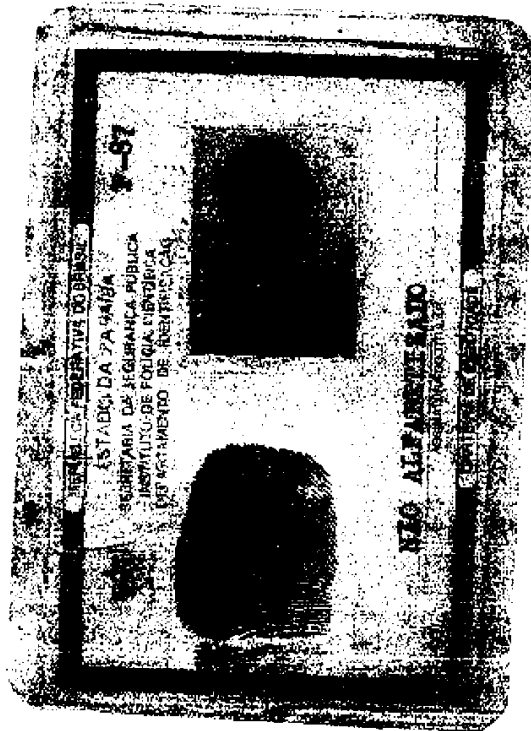


SR 38

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Jose de Jesus da Silva</u>		CARTÃO SUS:	
NOME DA MÃE:		Nº DO REGISTRO: <u>1119465</u>	
CLÍNICA: <u>Procuradoria</u>	ENFERMARIA:	LEITO:	PESO:
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	ALTURA:	SEXO: ☐ F. ☒ M.
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Lesão de AP infarto de miocárdio</u>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO:			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): <u>Pericardiostomia</u>			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>14/05/19</u>	DATA DA ALTA: <u>17/05/19</u>	DIAS DE INTERNAÇÃO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ HEMODIÁLISE ☐ ☐ DIÁRIA DE UTI ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐ ☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE ☐			
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>Am + Sinus bradycardia com Q, RST</u> <u>função</u>			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>Infarto agudo do miocárdio</u>			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:			
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA		ÓBITO: ☐ IMI ☐ SVO ☐ BO	
☐ OUTROS			
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO): <u>Ret. au. amb. de baixa e 17 dias</u>			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
<u>17/05/19</u> DATA		 MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM	
Avenida General Ben Marchal s/n - Cordeiro Recife/PE - CEP 50.530-760 Fone: 0800 31945800			

HGV.1013 V.1.2013.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÃIS

DETRAN - PE
Nº 014356939370
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLAÇA RENAVAM 157826320
ENTRADA 157826320
EXERCÍCIO 2018

ALCIONE ALVES DE SOUZA

TIMBAUBA - PE

071.479-564-99
PLACA KKL4265

157826320
CHASSI 9C2KC15E09R106001

PAS MOTOCICLETA
MOTOR 150
COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN ES
ANO/FAB 2009
COR/PREDOMINANTE PRETA

28/249CU
CATEGORIA PARTIC
VENIC/CONT 1º

1ª DIA 2018 QUITADO
2ª DIA 2018 QUITADO
3ª DIA 2018 QUITADO

PREMIO TARIFARIO 184.80
PREMIO TOLULUB 0.70
PREMIO TOLULUB 185.50

DATA DE PAGAMENTO 02/02/18

SEM RESERVA

Assinado eletronicamente

TIMBAUBA - PE
Município de Costa Cordeira

DATA 18/01/19

DETRAN - PE
Nº 014356939370
BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALCIONE ALVES DE SOUZA

TIMBAUBA - PE

071.479-564-99
PLACA KKL4265

157826320
CHASSI 9C2KC15E09R106001

HONDA/CG 150 TITAN ES
ANO/FAB 2009
COR/PREDOMINANTE PRETA

28/249CU
CATEGORIA PARTIC
VENIC/CONT 1º

1ª DIA 2018 QUITADO
2ª DIA 2018 QUITADO
3ª DIA 2018 QUITADO

PREMIO TARIFARIO 184.80
PREMIO TOLULUB 0.70
PREMIO TOLULUB 185.50

DATA DE PAGAMENTO 02/02/18

SEM RESERVA

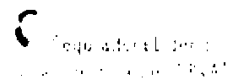
Assinado eletronicamente

TIMBAUBA - PE
Município de Costa Cordeira

DATA 18/01/19



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398232/19
Vítima: JOSE DE LIMA ANDRADE
CPF: 039.768.844-05
CPF de: Próprio
Data do acidente: 14/05/2019
Titular do CPF: JOSE DE LIMA ANDRADE
Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

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

JOSE DE LIMA ANDRADE : 039.768.844-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

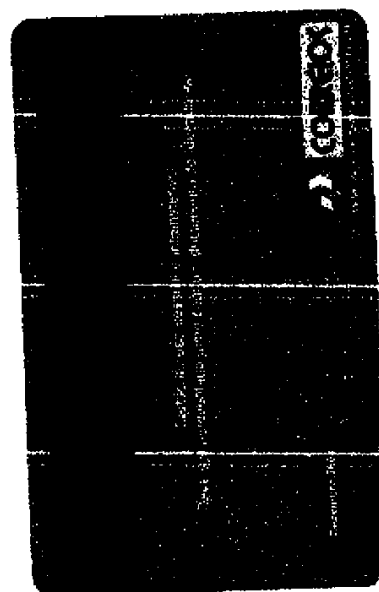
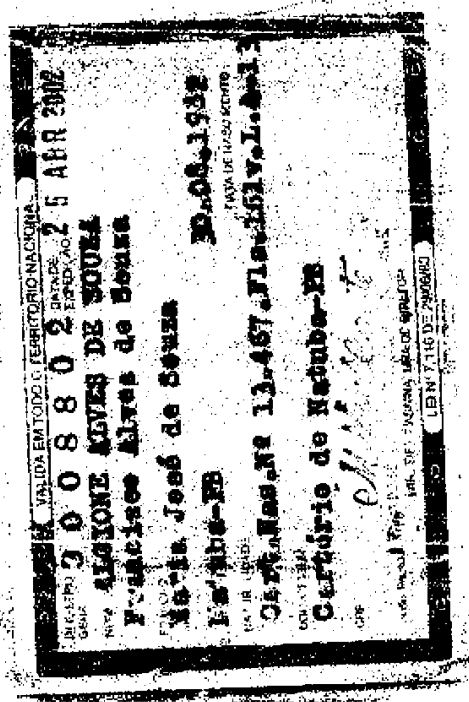
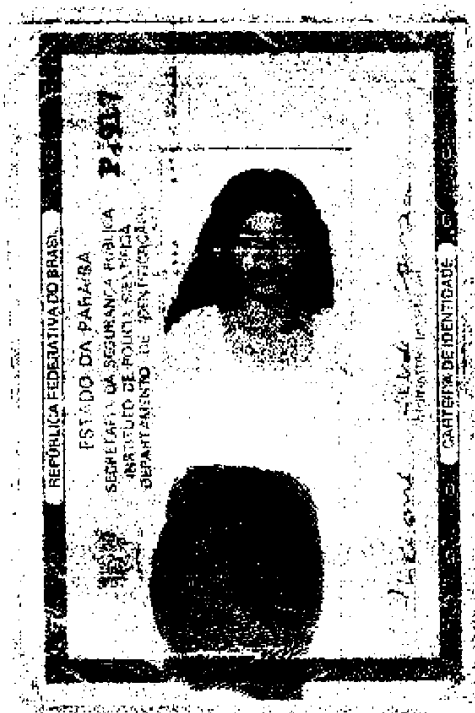
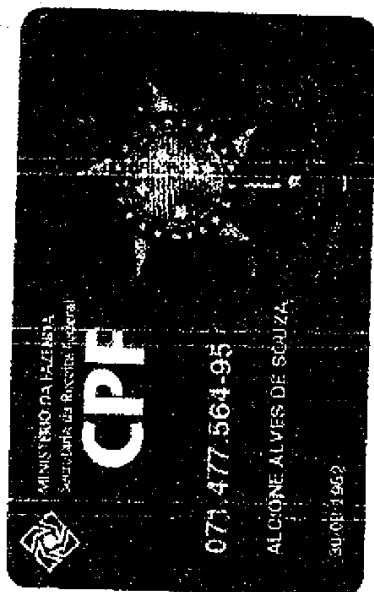
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

JULIANA BEZERRA DE LUNA





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636002

Cidade: Timbaúba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE DE LIMA ANDRADE

Data do acidente: 14/05/2019

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSA DE PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA. (P1,3,5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

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: 3190636002

Cidade: Timbaúba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE DE LIMA ANDRADE

Data do acidente: 14/05/2019

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSA DE PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA. (P1,3,5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

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



PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL

Outorgante: Jose de Lima Andrade, brasileiro,
solteiro, agricultor, inscrito no CPF de nº
039.768.844-05, residente na Rodovia BR
nº 408, Barro, Timbaúba-PE, representado
por Alione Alves de Souza, brasileiro,
inscrito no CPF: 071.477.564-95, residente
no mesmo endereço.

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

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

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

Data do Acidente: 14 / Maio de 2019

Natureza: Invalidez

Timbaúba, 05 de Junho de 2019

* Alione Alves de Souza
(Reconhecer por autenticidade)

* Emmanuel Carlos da Silva

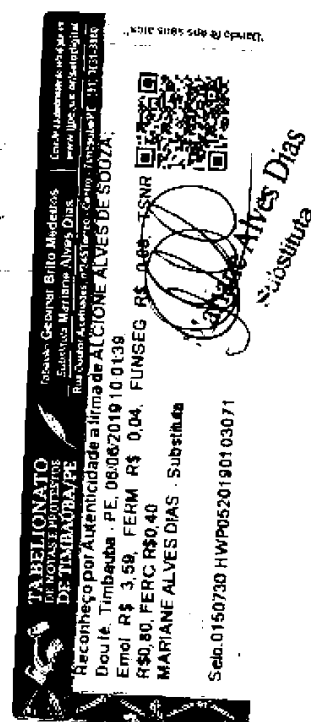
Testemunha I.

Reconhecer por autenticidade

Isaac Manoel de Araújo Silva

Testemunha II.

Reconhecer por autenticidade



Reconheço por Autenticidade as firmas de NAARA KASSIA DE ARAUJO
SILVA, EMANUELA CARLA DA SILVA;
Dout. Timbauba - PE. D108 2019 14.42:35, D108 2019 14.42:35
Emot R\$ 7,18, FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,08,
TSNR R\$ 1,60, FERC R\$ 0,60
FILIPE BRUNO DO M. SILVA - ESCRIVENTE
AUTORIZADO

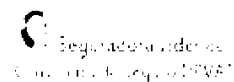


0005944230 ZBT0720:951011300150730 VNF0720100101101

"Dado de 14 dias, 14:35, 14:35"



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398232/19

Vítima: JOSE DE LIMA ANDRADE

Data do acidente: 14/05/2019

CPF: 039.768.844-05

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE DE LIMA ANDRADE

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

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

JOSE DE LIMA ANDRADE : 039.768.844-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

JULIANA BEZERRA DE LUNA





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, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636002

Vítima: JOSE DE LIMA ANDRADE

Data do Acidente: 14/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DE LIMA ANDRADE

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 15116010





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

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636002

Vítima: JOSE DE LIMA ANDRADE

Data do Acidente: 14/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE DE LIMA ANDRADE

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

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

A documentação médica anexada, datada de 14/05/2019, emitida pelo Dr. JOSÉ JUNIOR, CRM nº 16479 - PE, da Instituição HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01935/01936 - carta_31 - INVALIDEZ

00050968



Carta nº 15137243





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

039.768.844-05

4 - Nome completo da vítima:

Jose de Lima Indrade

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

5 - Nome completo:

Jose de Lima Indrade

6 - CPF:

039.768.844-05

7 - Profissão:

recuso

8 - Endereço:

Rodovia BR

11 - Bairro:

Barro

12 - Cidade:

Gumbaua

9 - Número:

408

10 - Complemento:

caso

15 - E-mail:

eholpout@hotmail.com

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55870-000

16 - Tel (DDD):

(81) 9.977.1679-48

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 a R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 a R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 a R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 quitação 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 não 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou descendentes?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Gumbaua, 04/10/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





BPM - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Corrente

Data: 12/11/2019 Term. 063994 N.trans: 5055 Hora: 09:53

Valor: 2 00

Favorecido:
Banco: 237
Agencia: 1877 / TIMBAUBA
Conta: 0025035 8

Titular: JOSE DE LIMA ANDRADE

Sujeito a conferencia.

O deposito realizado durante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancario e aos sabados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia util subsequente.

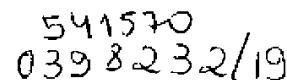
Cheque Expresso Bradesco.
Seu tráfego de cheques em segundos.
Sem pedir no balcão,
nem esperar pelo correio.

Alô Bradesco
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamações e Informações
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvinteira - 0800 727 8933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h às 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha um bom dia





CIVIL RIGHTS

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/08/2019** às **16:41**

Fato ocorrido no endereço: **BR 408, PROXIMO A ARENA DE TIMBAUBA - TIMBAUBA/PERNAMBUCO**
/BRASIL Próximo a: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 1 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO**
/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

A PROPRIA VITIMA (AUTOR \ AGENTE)
ALCIONE ALVES DE SOUZA (OUTRO)
JOSE DE LIMA ANDRADE (VITIMA)

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE DE LIMA ANDRADE

JOSE DE LIMA ANDRADE (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**Mãe: **MARIA NOBERTO DE LIMA** Pai: **MANOEL SEBASTIAO DE ANDRADE** Data de Nascimento: **7/7/1976** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **SITIO ANGELIM, S/N ZONA RURAL - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ALCIONE ALVES DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALCIONE ALVES DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **JOSE DE LIMA ANDRADE**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

08/08/2019 16



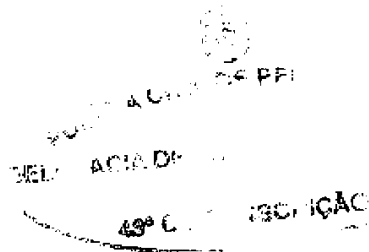
Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA NA BR 408 PROXIMO A ARENA TIMBAUBA , QUANDO VINHA UM VEICULO FIAT EM SENTIDO CONTRARIO E AO ENTRAR DE UMA VEZ A ESQUERDA SEM DA SINAL A VITIMA ACABOU COLIDINDO LATERALMENTE NO VEICULO , ONDE VEIO A CAIR NA RODOVIA , POREM O CONDUTOR DO VEICULO O SOCORREU , E AO CHEGAR NA UPA DE TIMBAUBA ESTAVA COM UMA LESAO NO JOELHO E EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS EM RECIFE . NADA MAIS A DECLARAR .

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

JOSE DE LIMA ANDRADE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ERIVELTON RODRIGUES DA SILVA** - Matrícula: **350827-7**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

039.768.844-05

4 - Nome completo da vítima:

Jose de Lima Indrade

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

5 - Nome completo:

Jose de Lima Indrade

6 - CPF:

039.768.844-05

7 - Profissão:

recuso

8 - Endereço:

Rodovia BR

9 - Número:

408

10 - Complemento:

caso

11 - Bairro:

Barro

12 - Cidade:

Gimbaíba

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55870-000

15 - E-mail:

eholpout@hotmail.com

16 - Tel (DDD):

(81) 9.977.167948

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 a R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 a R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 a R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 quitação e ciência 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 não sou incapaz 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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 descendente menor?

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

34

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Gimbaíba, 04/10/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 14/05/2019

HORA: 10.25

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 74

Nome: JOSÉ DE LIMA ANDRADE

Cartão SUS: F1 Sexo: M Data Nasc: 07/07/76 Idade: 42

Nome da mãe: M. ROBERTO DE LIMA

Logradouro: SÍTIO ANGELIM Nº

Complemento: CASA Bairro/Localidade: ZONA RURAL

Município: TIMBAÚBA UF: PE Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

2- ANAMNESE: Ataque agudo de insuficiência cardíaca com dor no peito e falta de ar.

3- SSVV: T FC PA: F.R: Glasgow: SatO2 HGT

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

Hipótese Diagnóstica:

CID:

Conduta: (X) Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora / / às : h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1. 100mg de Clopidogrel - 1x/dia

2. 100mg de Aspirina - 1x/dia

3. 100mg de Clopidogrel + 100mg de Aspirina - 1x/dia

4. 100mg de Clopidogrel + 100mg de Aspirina - 1x/dia

5. 100mg de Clopidogrel + 100mg de Aspirina - 1x/dia

UPA 24h**TIMBAÚBA**
GOVERNO MUNICIPAL
PARTO BONFIM 1911 1915**HTRI**
Hospital do
Tricentenário**FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

AZUL () VERDE () AMARELO () VERMELHO ()

NOME: João de Jesus Andrade IDADE: 42/2DATA: 14/05/19 HORA: 10:30 MUNICÍPIO: TimbaúbaPA: 120/90 T: 36,5 FC: 70 SAT: 98 PESO: 70 HGT: 1,70HAS ☒ DM ☒ ALERGIA MEDICAMENTOSA ☐**I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA**

- 1- Apneia () Cianose () Estridor () FC < 50 ou > 140 () FR > 32 vpm () FR < 10 ()
- 2- Extremidades frias () Enchimento capilar lentificado () Pulso fraco () Pulso ausente ()
- 3- Sudorese () PAD > 130 mmHg ()
- 4- Irresponsivo ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso ()
- 5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ()
- 6- Lesão grave () Convulsionando no momento () Letargia ()

II- Sinais de urgência - atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação - CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glásgow entre 13 e 15 ()
- 2- FC < 50 ou > 140 () PAS < 90 ou > 240 () PAD > 130 sem sintomas ()
- 3- Febre > 39 °C () Febre com imunodepressão () Turgor pastoso ()
- 4- História de convulsão nas últimas 24h () Mucosas ressecadas ()
- 5- Impossibilidade de desambulação aguda ()
- 6- Queimadura de 2º e 3º graus não críticas SCQ < 10% ()
- 7- Víctima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ()
- 8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ()
- 9- Dor abdominal intensa () Dor torácica intensa ()
- 10- História de até 72h de:
Melena () Hematêmese () Enterorragia () Epistax ()
- 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ()

*Compreensão com o
28/05/19*
[Assinatura]



III- Sem riscos de morte- somente será atendido após todos os pacientes classificados como **VERMELHOS e AMARELO- CLASSIFICAÇÃO VERDE**

- 1- Dor de ouvido moderada/ grave () Dor abdominal ()
- 2- Febre sem outros sinais clínicos ()
- 3- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação ()
- 4- Retorno com período < 24 horas por ausência de melhoras ()
- 5- Internamento eletivo ()
- 6- Abscesso exceto face/ retroauricular ()

Por referir quadro de risco, apresentando risco de morte (E)

IV- Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para o atendimento para o atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social- **CLASSIFICAÇÃO AZUL**

- 1- Tosse crônica ou recorrente ()
- 2- Obstrução nasal crônica ou recorrente ()
- 3- Coriza crônica ou recorrente ()
- 4- Queimadura de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 6 horas ()
- 5- Troca de curativos ou retirada de pontos ()
- 6- Constipação intestinal sem outros sintomas ()
- 7- Dor abdominal crônica ()
- 8- Afecções da pele e tecido subcutâneo sem sinais sistêmicos ()

ENCAMINHADO:

PO clauca

Manoela S. Rosendo
COREN-PE 402412/EMF

ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO

ORIENTOU:

ASSINATURA DA ASSISTENTE SOCIAL

BR 408 - Km 29, S/N - Loteamento Arizuma - Timburiá - PE CEP: 55870-000 CNPJ: 10.583920/00003-67 TEL: 81 3631 0443

Carimbo 28.05.19
Flávia M. A. Lima
UPA 24h Timburiá
Coordenação Financeira



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Eduardo Henrique Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.735.444 / 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fese de Lima Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.768.844 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima Fese de Lima Andrade, inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.768.844 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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	<u>Rua Geraldo Ferreira Lima</u>		Número	<u>127</u>	Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Timbaúba</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
E-mail			Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
<u>eholperat@hotmail.com</u>			<u>(81) 9 9163-9481</u>		<u>(81) 9 9163-6662</u>	

Timbaúba de Agosto de 2019
Local e Data

Eduardo Henrique
Assinatura do Declarante



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Eduardo Henrique Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.735.444 / 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fese de Lima Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.768.844 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima Fese de Lima Andrade, inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.768.844 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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	<u>Rua Geraldo Ferreira Lima</u>		Número	<u>127</u>	Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Timbaúba</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
<u>eholperat@hotmail.com</u>			<u>(81) 9 9163-9481</u>		<u>(81) 9 9163-6662</u>	

Timbaúba de Agosto de 2019
Local e Data

Eduardo Henrique
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Alcione Alves de Souza,
RG de nº 3008802, data de expedição 25/04/2002,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 071.477.564-95, com
domicílio na cidade de Timbaúba, no Estado de PE,
onde resido na Rodovia BR, Centro,
nº 408, Complemento Casa 75, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido
com a vítima Jose de Lima Andrade,
cujo o condutor era Jose de Lima Andrade.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Fiorio CG 150 TITAN Ano 2009
Placa: KKL 4265 Chassi: 9C2 KC15209 R106008
Data do acidente: 14 Maio de 2019
Local e Data: Timbaúba 05/06/19

Alcione Alves de Souza
Assinatura do Declarante:

(Reconhecer por autenticidade)

Assinatura do Condutor (Caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro).

TABELIONATO
DE NOTAS E PROTESTOS
DE TIMBAÚBA/PE

Titular: Geomar Brito Medeiros
Substituto: Mariane Alves Dias
Rua Doutor Alcides, 454 - Centro - Timbaúba/PE - 55116-000

Reconheço por Autenticidade a firma de **ALCIONE ALVES DE SOUZA**,
Doutor Timbaúba - PE, 08/06/2019 10:01:39.
Emol R\$ 3,50, FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 1,00, TSNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40
MARIANE ALVES DIAS - Substituta

Selo 0150730.FAX0520190103072

Mariane Alves Dias
Substituta

