



Número: **0000541-41.2019.8.17.2290**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Bodocó**

Última distribuição : **01/11/2019**

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	
ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA (AUTOR)		ESPEDITA ROSANA ARAUJO BEZERRA (ADVOGADO) FRANCISCA ALSILEIDE LOPES DE HOLANDA SAMPAIO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62270 206	21/05/2020 14:20	2721000_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BODOCO/PE

Processo: 00005414120198172290

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

ARUANA SEGUROS S/A, empresa seguradora com sede à Rua Visconde de Piraja, 547 - Sala 802 - Ipanema - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22410-003, inscrita no CNPJ sob o número ZX CVBNM 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 **ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA**, 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 **20/11/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 19/12/2018.

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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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;

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)



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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 irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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 **20/11/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

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.”



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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;

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.



- 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,

BODOCO, 14 de maio 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 **ARUANA SEGUROS S/A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BODOCO**, nos autos do Processo nº 00005414120198172290.

Rio de Janeiro, 14 de maio 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: **0000541-41.2019.8.17.2290**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Bodocó**

Última distribuição : **01/11/2019**

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	
ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA (AUTOR)		ESPEDITA ROSANA ARAUJO BEZERRA (ADVOGADO) FRANCISCA ALSILEIDE LOPES DE HOLANDA SAMPAIO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62270207	21/05/2020 14:20	ANEXO 1	Outros (Documento)

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Sergio F.A. Sampaio inscrito (a) no CPF/CNPJ 007.662.344/01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Marcos B. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.981.754/26, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Marcos B. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.981.754/28, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Diretor Geral Renda: 1.279,15 e apresento os documentos comprobatórios: Conta cheque

☐ Recuso Informar

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

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

Endereço <u>Buclides Bezerra Lima</u>		Número <u>100</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Ousiensi</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56200-000</u>
Email <u>SergiofaSampaio@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(87) 99980-5451</u>	Telefone celular (DDD) <u>(87) 99998-3998</u>

Ousiensi, 08 de Fevereiro de 2019
Local e Data

Sergio F.A. Sampaio
Assinatura do Declarante

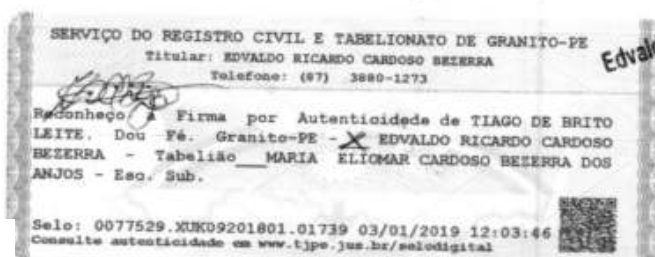


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Tiago de Brito Leite,
RG nº 2005034055918 data de expedição 21/07/15,
Órgão SSP CE, portador do CPF nº 087.191.624-05 com
domicílio na cidade de Granito, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Arical, nº 5N2,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Antonio Marcos B. de Oliveira cujo o condutor era
Antonio Marcos Brito de Oliveira
Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda NXR 160
Ano: 2015
Placa: PNF J240
Chassi: 9C2X00810FR479988
Data do Acidente: 2019/12/03
Local e Data: Granito 03/01/19

Tiago de Brito Leite
Assinatura do Declarante

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



Edvaldo Ricardo C. Bezerra
TABELIÃO





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

DADOS DO PACIENTE

DATA INTERNAÇÃO: 03/12/2018 12:47:37

NOME: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA
ENDEREÇO: RUA DO SOSSEGO
MUNICÍPIO: GRANITO
NATURALIDADE: GRANITO
PROFISSÃO:
MÃE: LUZINETE GREGORIO BRITO DE OLIVEIRA
PAI: CICERO PEDRO DE OLIVEIRA
NOME DO RESPONSÁVEL:
CNS: 700400451315848

DATA NASCIMENTO: 07/08/1990 PRONTUÁRIO: 17228
IDADE: 28 anos(s) 3 mese(s) 9 dia(s)
BAIRRO: CENTRO Nº: 1
SEXO: MASCULINO COR: PARDA
ESTADO CIVIL: CASADO(A)
RG: 8584762 CPF:
ALA: TRAUMATO-ORTOPEDIA Leito: ENF 6 VIRT. 1
PARENTESCO:
ESCOLARIDADE:

OCORRÊNCIA

LOCAL DO ACIDENTE: DATA: HORA:
NATUREZA DO ACIDENTE:
☐ Casual ☐ Acid. Trânsito ☐ Intoxicação ☐ Tent. Suicídio
☐ Queda ☐ Acid. Trabalho ☐ Agressão ☐ Outras Causas

ATENÇÃO MÉDICA

ATENDIMENTO: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico

QUEIXA PRINCIPAL:

HD:

EXAME

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: TEMPERATURA: 36,6 PESO:

ESTADO GERAL:

A.C.V.:

A.R.:

A.D.:

A.G.U.:

PARTICULARIDADE OUTRAS:

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

CONDIÇÃO DE ALTA

☐ Curado ☐ Inalterado ☐ Óbito em ☐ +48 Horas ☐ Decisão Médica ☐ Indisciplina
☐ Melhorado ☐ Piorado Hora ☐ -48 Horas ☐ Alta Pedida ☐ Evasão

TRANSFERIDO PARA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: FRACTURA DE PULSA

RECEPCIONISTA

MÉDICO - CREMEPE



Data: 20/11/18	Horas:	PDF:			
Nome: Antonio Marcos B. de Oliveira	Sexo: U	Idade: 28	DN: 07/08/90		
Filiação:					
Endereço: Rua do Sossego					
Profissional:	Cidade: Granito	Telefone:			
Responsável:					

EXAME CLÍNICO

PA: 130x90	Temp.:	Peso:	Conduta (continuação)
<p>OPD/IDA</p> <p>Pt vítima de acidente motor el trauma em nível torácico D, el dor + edema local</p>			<p>01 Voltar em 1 Amp Im 08/51</p> <p>02 Exame torácico em 1 Amp Im</p> <p>Dr. Rogério Macedo</p>
<p>Exame Físico</p> <p>Sl. outro trauma</p> <p>Wheals</p> <p>In + edema torácico</p>			<p>ARUANA SEGURODORA</p> <p>18 MAR 2019</p>
<p>Hipótese Diagnóstica:</p> <p>trauma torácico</p>			<p>() Residência () Ambulatório () Observação () Internam</p> <p>() Transferência:</p> <p>() Óbitos:</p>
<p>Conduta:</p> <p>transfuso ao WRFB pl</p> <p>noio X ⊕</p> <p>Análise em andamento</p>			<p>Dr. Rogério Macedo</p> <p>CRM 12345</p> <p>Assinatura:</p>
<p>(Paciente ou Responsável)</p>			





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA
OURICURI - PERNAMBUCO

BOLETIM DE CIRURGIA

PACIENTE: Patricia - Mãe de 11 REG.: _____ DATA: ____/____/____

CIRURGIA REALIZADA: _____ CONVÊNIO: _____

INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ URGÊNCIA () ELETIVA () SALA Nº _____

ANESTESIA: GERAL () RAQUIANESTESIA () PERIDURAL () SEDAÇÃO () LOCAL ()

INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Roberto L. Aze ANESTESISTA: _____

1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____

CIRCULANTE: _____

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1 - Inspeção + toque abdominal
- 2 - Fim por plog
- 3 - Inspeção por
- 4 - Fl. X-ray
- 5 - Alcanço por plog
- 6 - Inspeção no
- 7 - 16 sato plog Ti no Beto
- 8 - C. A. g.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - PE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA
FOLHA DE ANESTESIA



Pernambuco
Secretaria de Saúde

Nome: Antonio Marcos Ant. de Oliveira Idade: 28 Sexo: M Cor:
 Hospital: REC Enfermaria: 1302 Leito: Nº Prontuário: 17208
 Data: 23/04/20 Pulso: 88 Respiração: Temperatura: Peso: Altura:
 Tipo Sanguíneo: Hemácias: Hemoglobina: Hematócrito: Glicemia: Ureia: Creatinina:
 Urina: Asma: Bronquite:
 Ap. Respiratório: OK Eletrocardiograma:
 Ap. Circulatório: OK Aparelho Urinário:
 Ap. Digestivo: OK Dentist.: Pescoco:
 Estado Mental: LOTE Atorxícos: Corticóides: Alergia: N Hipertensão:
 Diagnóstico Pré-Operatório: Anest. Anteriores:
 Diagnóstico Pós-Operatório: Aplicada as: Efeito:
 Medic. Pré-Anestésica:



Respiratória
 Pulso constante, sempre
 antecorre, pulso
 batido constante, pulso
 lombos mediano 120
 com apêlo de 25 mmHg
 A. Vent. 10, 12 mmHg
 respir. de 16 sp. com
 antecorre
 Saturações - p. 100 100
 Oxi saturação 95-100
 cateter vend. 10 mmHg
 venoz. 100-100
 venoz. 100-100

SÍMBOLOS ANOTAÇÕES
 Posição: 60°
 Agentes: propofol 1.5% 150mg
midazolam 1mg
apofol 2g
 Técnica: Respiratória + Sedação
 Operação: Ortoscopia de Tornozelo Direito
 Cirurgião: Dr. Adelson e Dr. Elson
 Anestesistas: Dr. José Carlos
 Observações: PETASA II, HAS, nega drogas, 11pm 20h
 Anotar, no verso, as complicações Operatórias e Pós-Operatórias
 Parda, Sanguínea: 100ml

ARMARILHA SEGURODORA
 18 MAR 2019
 José Carlos S. J. ANESTESIOLOGO CRM-PE 11111



Hospital Regional Fernando Bezerra

Relatório Médico de Alta

Nome: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Reg.: 19161

Pront.: 17228

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 07/08/1990

Conv.: SUS

Idade: 27

Admissão: 03/12/2018 12:47

Alta: 03/12/2018 15:35

Admissão:

FRAT DE PILÃO TIBIAL ANTIGA

Evolução / Conduta:

OPERADO POR DR ADELMO LAGE

Diagnóstico:

Principal S82.3 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
TRAUMATO-ORTOPEDIA	03/12/2018 12:47	03/12/2018 15:35	3 hora(s)

Orientação:

REVISÃO NO AME

Condição de Alta:

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. ADELMO LAGE TEOT: 6668

CRM: 20469





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Atestado Médico

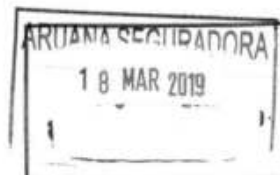
Atesto para os devidos fins que o(a) **Sr.(a) ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA**, foi atendido (a) neste serviço no dia 04/12/2018 CID: S823.

ESCOLHA UMA DAS SEGUINTE OPÇÕES

- (☒) Necessitado de 180 dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).
- (☐) Estando apto para voltar ao trabalho.
- (☐) Como acompanhante
- (☐) Outros: _____

OURICURI, 4 de Dezembro de 2018


Dr. ADELMO LAGE TEOT: 6668
CRM: 20469





Secretaria Municipal de Saúde
receituário

Nome do Paciente: Antonio Manoel B. de Oliveira

At. HRFB/Ortopedia

Pct vítima ocidente de moto e/
trauma em torço G.D.

Solub endrocas por meio
de raso X.

fratura!

Granito - PE 19, 11, 2018.

Dr. Renato Mendes
Mendes
CRM 10.000

Médico





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 20/11/2018 10:48 N. Tratamento: 3

Nome: **ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA**

Pront.: 17228

End.: RUA DO SOSSEGO, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8791117821

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 07/08/1990 Idade: 28

Mãe: LUZINETE GREGORIO BRITO DE OLIVEIRA Responsável:

BOLETIM DE ATENDIMENTO

CR- ORTOPEDISTA - Verde

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA

- PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (SIC) COM QUEIXA DE DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO.

ORIGEM

-

TIPO DE CHEGADA

-

OBSERVAÇÕES

-

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Edema

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e medidas clínicas

- DOR 4

DOR 4

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

-

JUSTIFICATIVA

-

MEDICA:

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO
DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIR
EDEMA ++/4+



Peso:

PA: x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: ()

Temperatura: °

Paciente chegou: () Andando () De Auto () Ambulância

Ambulância: Saída _____ Chegada _____

() Acidente de Trabalho () Caso Policial

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Dr. VALMIR LACERDA FILHO
CRM: 14553





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - I GERES

Data: 20/11/2018 10:48 N. Tratamento: +

Nome: **ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA**

Pront.: 17228

End.: RUA DO SOSSEGO, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8791117821

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 07/08/1990 Idade: 28

Mãe: LUZINETE GREGORIO BRITO DE OLIVEIRA Responsável:

FRATURA DA TÍBIA DISTAL D
SOLICITAÇÕES / RESULTADOS DE EXAMES:
RX

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:
ORIENTAÇÃO E TALA BOTA
O PACIENTE NÃO QUIS SER INTERNADO

Óbito às _____ H _____ Min
DESTINO DO PACIENTE
() RESIDÊNCIA () INTERNADO
ENCAMINHADO:
REMOVIDO:

Data:

20/11/18

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO
Dr. VALMIR LACERDA FILHO
CRM: 14553



Dr. VALMIR LACERDA FILHO
CRM: 14553





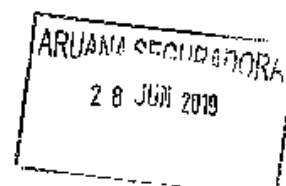
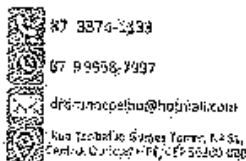
O paciente Antônio Marcos Brito de Oliveira, foi vítima de acidente de trânsito no dia 20 de Novembro de 2018, tendo

sofrido fratura da extremidade distal da tíbia a direita e sendo submetido a tratamento cirúrgico. O paciente é portador de sequelas permanentes e definida no membro afetado, apresentando limitação de movimento, déficit de força e edema em tornozelo direito, além de atrofia muscular e marcha claudicante. Estima-se perda funcional grave (70%) do tornozelo direito. O paciente teve alta clínica após ter realizado 20 sessões de fisioterapia. Oriento avaliação pericial para confirmação das sequelas.

CID - S823

04/06/2019

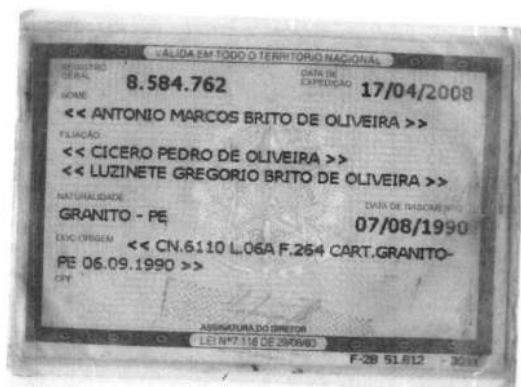
Dr. Bruno Coelho
Fisioterapeuta
CREF nº 205170-F



62270207

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
RJ TORREZANO 13/12/18
F.R.F. 8





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADÕES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 ADMINISTRAÇÃO NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

VALIA EM TODOS OS ESTADOS NACIONAIS
1299137611

Nome
 SERGIO FRANCISCO SERRA DE SAMPAIO

Doc. Identidade (RG, CNH, etc.)
 4047038 SSP PE

CPF
 007.662.344-01

Data Nascimento
 13/01/1978

Flacão
 UBERATO ANDRADE DE
 SOUSA
 MARIA MAGALHAES ALCOQ
 VE ANDRADE SAMPATO

Formação
 ACCT HAS

Alcance
 10/06/2011

Validade
 06/02/1996

Observações
 sem observações

Sergio F. A. Sampaio
 Assinatura do Titular

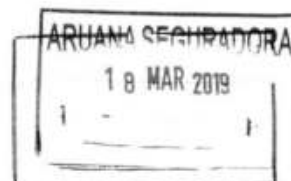
Local
 OREICURI - PE

Data Emissão
 01/07/2016

Identificação do Documento
 129910789766
 98072216988

DETAN - PE/PERNAMBUCO

PROVIDO PLASTIFICAR
1299137611



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antonio Marcos Brito de Oliveira
DATA DO ACIDENTE 20/03/2018 CPF DA VÍTIMA 909.989.754-26
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO SERGIO FRANCISCO A. SAMPAIO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA EUCLIDES BEZERRA LINS
Nº 100 COMPLEMENTO _____ BAIRRO CENTRO
CIDADE OURICURI UF PE CEP 56200-000
E-MAIL sergiofasamapio@hotmail.com TELEFONE 87 9980-5451
99998-3E98

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)
☐ AUTORIZAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

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 OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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)
☐ PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

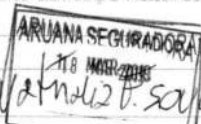
- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1234

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____
IDENTIDADE 4.407.038 SSP/PE
ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURODORA

DATA _____
NOME ANTONIO M. SAMPAIO
ASSINATURA [Assinatura]



C.F.C. DE VEIC. AUTOM. B00000 LYDA - ME
RUA ALBERTO VIEIRA E SILVA, 233
01/10/2018 a 31/10/2018 GERAL 08.386.522/0001-85

000014 SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO DIRETOR GERAL

COD	Descrição	Valor	Desconto	Valor Líquido
001	Salário Base	2207,00	1.318,64	
460	Valor Alimentação		66,00	
900	INSS Folha			105,49
Férias Vencidas				
Total de Descontos			1.384,64	105,49
Total a Pagar				1.279,15
Total a Pagar		1.318,64	1.318,64	1.318,64
Total a Pagar			105,49	1.023,56
Total a Pagar				0,00 %

ARUANA SEGUROADORA
18 MAR 2019

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

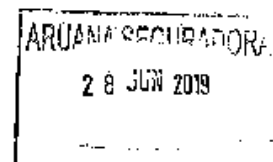


Bu Antonio Marcos Brito de Oliveira
Venho pedir a sua consideração e
uma reanálise do meu processo
afim de poder passar pela perícia
médica e poder comprovar minhas
sequelas.

Me sentir prejudicado com o valor
que recebi sem fazer perícia.

Obrigado

3190/204741



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190204741 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do tornozelo direito.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular do tornozelo direito associado a edema residual.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura do tornozelo direito.
Não realizou fisioterapia.
Recebeu alta médica em 02/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional intensa do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/07/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do tornozelo direito.
OBS : Trata-se de sinistro com pagamento. Vítima indenizada em 50% do Tornozelo direito, recebe agora indenização complementar.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190204741 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do tornozelo direito.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular do tornozelo direito associado a edema residual.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura do tornozelo direito.
Não realizou fisioterapia.
Recebeu alta médica em 02/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional intensa do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/07/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do tornozelo direito.
OBS : Trata-se de sinistro com pagamento. Vítima indenizada em 50% do Tornozelo direito, recebe agora indenização complementar.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190204741 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190204741 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190204741 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSINTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Antonio Marcos Brito de Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Agricultor
Identidade: 8584.462 CPF: 101.981.754-26
Endereço: Rua do Sonego 29

Data acidente 20/11/2018 Cobertura Invalidiz

OUTORGADO:

Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: DIRETOR GERAL
Identidade: 404 7038 CPF: 007.662.344-01
Endereço: EUCLIDES BEZERRA LINS Nº 100

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: Ouro Preto 27/12/2018



Antonio Marcos Brito de Oliveira

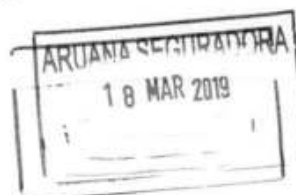
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE GRANITO-PE
Titular: EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA
Telefone: (87) 3880-1273

Reconheço a Firma por Autenticidade de ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA. Dou Fé. Granito-PE - X EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA - Tabelação MARIA ELICMAR CARDOSO BEZERRA DOS ANJOS - Esc. Sub.

Selo: 0077529.SJP09201801.01711 27/12/2018 12:22:01
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Edvaldo Ricardo C. Bezerra
TABELIAO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091523/19

Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

CPF: 101.981.754-26

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/11/2018

Titular do CPF: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO : 007.662.344-01

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

ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA : 101.981.754-26

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/03/2019
Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO
CPF: 007.662.344-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091523/19

Número do Sinistro: 3190204741

Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

CPF: 101.981.754-26

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 20/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2019
Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO
CPF: 007.662.344-01

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA





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

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190204741

Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

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 14077263

Pag. 01681/01682 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190204741

Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002130

Conta: 00000057032-4

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, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190204741

Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00003/00004 - carta_02 - INVALIDEZ

00060002



Carta nº 14517064



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190204741

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA DO SOSSEGO, 29 - Granito/PE - CEP 56160-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 8584762 - SDSPE - 17/04/2008

Data e Local do Acidente : 20/11/2018 - GRANITO - PE

Data e Local do Exame : 12/07/2019 RUA MANOEL CASSIMIRO, 34b - JUAZEIRO DO NORTE/CE - CEP 63024-550

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

RELTA DOR EM TORNOZELO DIREITO AO DEMABULAR MÉDIAS DISTÂNCIAS, AO TENTAR CORRER, AO TENTAR AGACHAR-SE E AO TENTAR SUBIR E DESCER DEGRAUS.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSOS FIXADORES. NÃO FOI REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DESDE FEVEREIRO DE 2019.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA EDEMA RESIDUAL COM LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO TORNOZELO DIREITO DEVIDO A BLOQUEIO ARTICULAR.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não



V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
TORNOZELO DIREITO

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

TORNOZELO DIREITO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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





RENAN DE ALMEIDA SILVA CRM : 12076 / UF :CE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 303.983.754-26 Nome completo da vítima: Antonio Marcos Brito de Oliveira

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

Nome completo: Antonio Marcos Brito de Oliveira CPF: 303.983.754-26

Profissão: Agricultor Endereço: Rua do Saneamento Nº: 29 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Granito Estado: PE CEP: 56.160-000

E-mail: _____ Tel (DDD): 81 39998-3998

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 2130 CONTA: 057032-4

(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 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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Osvensi 08/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

13 V001/3012

Bandeira do
Estado

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 209ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRANITO - DP209ªCIRC
DINTER2/24ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0299000312**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/12/2018** às **18:43**Complementa o BO Número: **18E0299000295****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **20/11/2018** às **09:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, AV TANCREDO NEVES** - Bairro: **CENTRO** -
GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NETINHO DE CHICO DA MATA (AUTOR \ AGENTE)
TIAGO DE BRITO LEITE (OUTRO)
MORE MOTO (TESTEMUNHA)
ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA**



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

ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUZINETE GREGORIO BRITO DE OLIVEIRA** Pai: **CÍCERO PEDRO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **7/8/1990** Naturalidade: **GRANITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8584762/SSP/PE (RG), 10198175426 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87991125207**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 69, RUA DO SOSSEGO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

NETINHO DE CHICO DA MATA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, RUA DA UNIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

TIAGO DE BRITO LEITE (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **08719162405 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MILITAR** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, SITIO AREAL - CEP: 0 - Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

MORE MOTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **MECANICO** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, AV TANCREDO NEVES - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -**



GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

ACIDENTE COM MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TIAGO DE BRITO LEITE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PNF1240** (CEARA/CRATO) Renavam: **107310297** Chassi: **9C2KD0810FR479988**Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**Descrição: **CONFORME A VÍTIMA A MOTO QUE SOFREU O ACIDENTE PERTENCE AO SR, TIAGO DE BRITO LEITE**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ETA DEPOL DE GRANITO, HOJE DIA 26/11/18, COMUNICANDO QUE NO DIA 19/11/2018, POR VOLTA DAS 09:00 HORAS, VINHA DO POSTO DE GASOLINA E AO ENTRAR NA CIDADE EM FRENTE A OFICINA MECANICA DE MORÉ MOTO, SE DEPAROU COM UM MOTOQUEIRO QUE SAIU DA DEVIDA OFICINA EM DISPARDA SEM OBSERVAR QUE A VÍTIMA VINHA SE APROXIMANDO, QUE TENTOU LIVRAR DE BATER NA MOTO DE NETINHO, MAS NÃO CONSEGUIU DEVIDO TER SIDO MUITO DE CIMA, QUE SE CHOCOU E CAIU SOBRE O CALÇAMENTO QUEBRANDO O TORNOZELO DIREITO, QUE O NETINHO NÃO SENTIU NADA, QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULANCIA PARA O HOSPITAL LOCAL, ONDE FOI ATENDIDO PELO DR. ROGÉRIO MACEDO CRM PE- 24880 E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA COELHO, ONDE FOI ATENDIDO PELO MÉDICO DE PLANTÃO DR. VALMIR LACERDA FILHO, CRM 14553, QUE FICOU CONSTADO QUE A VÍTIMA FRATUROU O TORNOZELO DO PÉ DIREITO E FOI LIBERADO PARA RETORNAR NO PRÓXIMO DIA 03/12/2018 PARA AFETUAR A CIRURGIA, CONFORME A SOLICITAÇÃO EM ANEXO. QUE DIANTE O EXPOSTO VEI FAZER CIENTE A AUTORIDADE COMPATENTE. NESTA DATA, 19 DE DEZEMBRO DE 2018, COMPLEMENTE ESTE BOE, INFORMANDO QUE A DATA DO FATO FOI DIA 20/11/2018, CONTRÁRIO A DATA ANTERIOR AO BOE 295, PORTANTO VOLTU A REPETIR QUE A DATA DO ACIDENTE COM VÍTIMA LESIONADA FOI DIA 20/11/18.

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

ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA
(VÍTIMA)

x *Antonio Marcos Brito de Oliveira*

B.O. registrado por: **AVELINO FERNANDES** - Matrícula: **1597400**

Avelino Fernandes





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	303.983.754-26	Antonio Marcos Brito de Oliveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Antonio Marcos Brito de Oliveira	
Profissão:	Endereço:	CPF:
Agricultor	Rua do Sossego	303.983.754-26
Bairro:	Cidade:	Número:
Centro	Granito	29
E-mail:	Estado:	Complemento:
	PE	
	CEP:	Tel (DDD):
	56.160-000	(84) 99998-3998

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

RENDA MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 2130	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
CONTA: 057032-9	CONTA: _____
(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vivos: _____ Falecidos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Ousvensi 08/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

01 V001/2018

Data: 20/11/18	Horas:	PDF:			
Nome: Antonio Marcos B. de Oliveira	Sexo: U	Idade: 28	DN: 07/05/90		
Filiação:					
Endereço: Rua do Sossego					
Profissional:	Cidade: Granito	Telefone:			
Responsável:					

EXAME CLÍNICO

PA: 130x90	Temp.:	Peso:	Conduta (continuação)
<p>OPD/IDA</p> <p>Pit pituitária de opide mte woto cl trauma em wto / tonozel D, cl dor + edema lateral</p>			<p>01. Uolhaem 1 Amp Im 08/51</p> <p>02. Oximetazona 2mg 1 Amp I M</p> <p>Dr. Rogério Macedo</p>
<p>Exame Físico</p> <p>Sl. olhos fixos</p> <p>Wozers.</p> <p>In + edema tonozel</p>			<p>ARUANA SEGURODORA</p> <p>18 MAR 2019</p>
<p>Hipótese Diagnóstica:</p> <p>trauma tonozel</p>			<p>() Residência () Ambulatório () Observação () Internam</p> <p>() Transferência:</p> <p>() Óbitos:</p>
<p>Conduta:</p> <p>transfuso ao</p> <p>WRFB pl</p> <p>noio X ⊕</p> <p>Análise em andamento</p>			<p>Dr. Rogério Macedo</p> <p>CRM 12345</p>
Assinatura:			(Paciente ou Responsável)



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: 23/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02130

CONTA: 000000057032-4

Nr. da Autenticação 3F1586AC07A7C323



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: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02130

CONTA: 000000057032-4

Nr. da Autenticação F1D4FE413CC59A0B



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0095943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO PEDRO DE OLIVEIRA

CPF: 023.719.194-79

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO SOSSEGO 29

CENTRO/GRANITO

56160-000 GRANITO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

12/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

16/11/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

16/11/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

039350983

CONTA CONTRATO

002818803012

Nº DO CLIENTE

2001593417

Nº DA INSTALAÇÃO

0001257757

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

E9B8.B3B4.4511.D4F4.3CE1.C45D.D78A.C33E

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	105,00	9,73645862	77,32
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,77
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,45
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,33
ICMS Subvenção-CDE-NF 031795130-14/98/18			0,71
TOTAL DA FATURA			84,58

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
81,54	25,00	20,38	81,54	0,74	0,60	81,54	3,44	2,80

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 5,52156000

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
NOV 18	105
OUT 18	103
SET 18	109
AGO 18	124
JUL 18	105
JUN 18	96
MAI 18	96
ABR 18	102
MAR 18	95
FEV 18	121
JAN 18	128
DEZ 17	175
NOV 17	111

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	26,42	32,41
Transmissão	3,75	4,60
Distribuição (Celpe)	17,55	21,57
Encargos Setoriais	4,82	5,84
Tributos	23,78	28,16
Perdas de Energia	5,82	6,77
TOTAL	81,54	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
NF44498	CAT	17/10/2018	18.194,00	16/11/2018	18.299,90	30	1.00000	0,90	105,90

[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/12/2018]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	EXU	0,90	5,87	13,74	27,48
FIC-No.de vezes sem Energia		0,90	3,42	4,85	13,70
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,90	3,57	6,00	0,80
Linha DMC: 12,22					
EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 28,90					
Toda Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMC e DCR e qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você mercadinho alexandrino: praça da matriz 12 centro / mercadinho alves: pc da matriz 12 centro lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lai 10.438/92) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

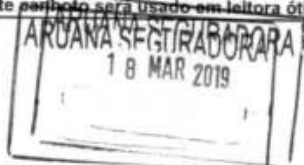
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

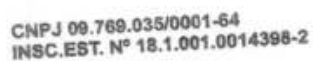
DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002818803012	11/2018	0,00	12/12/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este parheto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





ATENDIMENTO: AVENIDA FERNANDO BEZERRA - N.º 4 - 50690 - CENTRO
O OURICURI PE 56200-000

ATENDIMENTO - AT
O OUBICURI PE 56200-000

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 16780510 Out/2018

JOSE FERREIRA CAVALCANTI
R EUCLIDES BEZERRA LINS, COMESA 00100 CENTRO OUBICURI PI

56200-000 INSCRIÇÃO: 099.190.415.0160.000 GRUPO: 11 DEB AUTOMÁTICO: 016780510

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAIS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
		1	
HIDRÔMETRO Y07N228553	DATA LEIT. ANTERIOR 05/10/2018	DATA LEIT. ATUAL 06/11/2018	TIPO DE CONSUMO (AJE) REAL

ÁGUA:
LEIT ANT: 395 CONSUMO: 2
LEIT ATU: 397
LEIT FAT: 397

HISTÓRIA DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
09/2018	02			
08/2018	02			
07/2018	02			
06/2018	02			
05/2018	02			
04/2018	02			
MEDIA:	02			

Qualidade de Água: www.comesa.com.br

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)	2 H3	41,30
CONSUMO DE ÁGUA		

TÍTULOS	BASE DE CÁLCULO	PORCENTUAL (%)	VALOR DEBITANDO
PIE	41,30	1,65	0,68
COPRA	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/11/2018

TOTAL A PAGAR: 41,30

MENSAGEN:

ARUANA SEGURODORA
18 MAR 2019

