



Número: **0001399-30.2019.8.17.2110**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Afogados da Ingazeira**

Última distribuição : **30/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,65**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE GENIVALDO DE BRITO (AUTOR)		PABLO HENRIQUE DOS SANTOS ANDRADA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62579 182	27/05/2020 14:25	2721965_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE AFOGADOS DA INGAZEIRA/PE

Processo: 00013993020198172110

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 GENIVALDO DE BRITO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **17/02/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 04/05/2018.

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.

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.

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



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.

DA FALTA DE ASSINATURA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Isso se deve, tendo em vista que além da notícia ter sido registrada pela vítima menor de idade, desacompanhado e sem qualquer testemunha do fato, o referido documento não foi devidamente assinado pelo noticiante.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DO MÉRITO

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

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

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 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 irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

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

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

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

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.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Ante o exposto, deve o feito 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 **17/02/2018**. 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%.

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.”



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)**.

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

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).

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.



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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

AFOGADOS DA INGAZEIRA, 18 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/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 GENIVALDO DE BRITO**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **AFOGADOS DA INGAZEIRA**, nos autos do Processo nº 00013993020198172110.

Rio de Janeiro, 18 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





27/05/2020

Número: **0001399-30.2019.8.17.2110**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Afogados da Ingazeira**

Última distribuição : **30/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,65**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE GENIVALDO DE BRITO (AUTOR)		PABLO HENRIQUE DOS SANTOS ANDRADA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62579184	27/05/2020 14:25	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009861

Cidade: Afogados da Ingazeira

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do acidente: 17/02/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

Descrição do exame físico: DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS CALCIFICAÇÃO COM DEFORMIDADE - ATROFIA DO MIE RIGIDEZ ARTICULAR DEFICIT DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO PÉ EDEMA RESIDUAL

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A CIRURGIA
ALTA DEFINITIVA 19/12/18

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/01/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERÍCIA REALIZADA OPTADO POR MANTER PARCIALMENTE A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE NÃO HÁ SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS QUE JUSTIFIQUEM A VALORAÇÃO DE 75% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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 - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009861

Cidade: Afogados da Ingazeira

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do acidente: 17/02/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA REALIZADA DIA 21/01/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.
SINISTRO ATUAL COM PAGAMENTO COM PAGAMENTO DE 75% DO TORNOZELO ESQUERDO.

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: 3190009861

Cidade: Afogados da Ingazeira

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do acidente: 17/02/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO ANTERIOR NEGADO EM 05/06/2018 PELA PERÍCIA MÉDICA: VÍTIMA EM TRATAMENTO. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009861

Cidade: Afogados da Ingazeira

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do acidente: 17/02/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA EM 21/01/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.
SINISTRO ATUAL COM PAGAMENTO COM PAGAMENTO DE 75% DO TORNOZELO ESQUERDO.

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: 3190009861

Cidade: Afogados da Ingazeira

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do acidente: 17/02/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO ANTERIOR NEGADO EM 05/06/2018 PELA PERÍCIA MÉDICA: VÍTIMA EM TRATAMENTO. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: PROFESSOR, portador(a) do RG 24.729.943, órgão expedidor SP/SP
e do CPF 020.942.661-11, residente no(a) AV. MANOEL BORBA, 235-A, CENTRO-AFOGADOS DA INGAZEIRA, PE
nº 12, bairro ..., município INGAZEIRA DA MATA (PE).

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: PROFESSOR, portador(a) do RG 24.729.943, órgão expedidor SP/SP
e do CPF 020.942.661-11, residente no(a) AV. MANOEL BORBA, 235-A, CENTRO-AFOGADOS DA INGAZEIRA, PE
nº 12, bairro ..., município INGAZEIRA DA MATA (PE).

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR.

Local e Data: INGAZEIRA DA MATA (PE), 27/05/2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



Tabelionato de Notas de Afogados da IngaZEIRA
CNPJ: 28.911.710/0001-92
AV. MANOEL BORBA, 235-A, CENTRO-AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE
www.tabelionatodenotas.org
FONE: (87) 9.9612-4232

EXCELSIOR SEGUROS
27/05/2020
SEGURADORA LÍDER



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: PROFESSOR, portador(a) do RG 24.729.943, órgão expedidor SP/SP
e do CPF 020.942.661-11, residente no(a) AV. MANOEL BORBA, 235-A, CENTRO-AFOGADOS DA INGAZEIRA, PE
nº 12, bairro ..., município AFogados da Ingazeira - PE.

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: PROFESSOR, portador(a) do RG 24.729.943, órgão expedidor SP/SP
e do CPF 020.942.661-11, residente no(a) AV. MANOEL BORBA, 235-A, CENTRO-AFOGADOS DA INGAZEIRA, PE
nº 12, bairro ..., município AFogados da Ingazeira - PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR.

Local e Data: AFogados da Ingazeira - PE, 27/05/2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

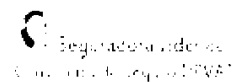


Tabelionato de Notas de Afogados da Ingazeira
CNPJ: 28.911.710/0001-92
AV. MANOEL BORBA, 235-A, CENTRO-AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE
www.tabelionatodenotas.org
FONE: (87) 9.9612-4232

EXCELSIOR SEGUROS
27/05/2020
SEGURADORA LÍDER



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002099/19

Número do Sinistro: 3190009861

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

CPF: 639.624.624-49

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 17/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE GENIVALDO DE BRITO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 19/02/2019

Nome: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

CPF: 008.748.134-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2019

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

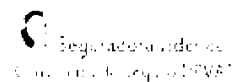
CPF: 102.869.074-61

RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

RAIANNE SILVA BARBOSA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002099/19

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

CPF: 639.624.624-49

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 17/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE GENIVALDO DE BRITO

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
DUT
Outros

RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR : 008.748.134-09

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

JOSE GENIVALDO DE BRITO : 639.624.624-49

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: 03/01/2019
Nome: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR
CPF: 008.748.134-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

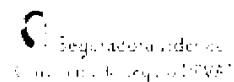
Data do cadastramento: 03/01/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

RAIANNE SILVA BARBOSA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002099/19

Número do Sinistro: 3190009861

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

CPF: 639.624.624-49

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 17/02/2018

Titular do CPF: JOSE GENIVALDO DE BRITO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR : 008.748.134-09

Comprovante de residência

JOSE GENIVALDO DE BRITO : 639.624.624-49

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: 09/01/2019

Nome: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

CPF: 008.748.134-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2019

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

RAIANNE SILVA BARBOSA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Localidade (situação) de cobertura:

☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nome completo do segurado

CPF do segurado

Nome completo do beneficiário

005-34 654-43 578 666-11-15 15/05/20

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

Nome completo

JOSE GENIVALDO DE BEZOU

Profissão

AGRICULTOR

Estado

GOIÁS

Cidade

GOIÁS

Profissão

ADVOGADO

Estado

GOIÁS

GOIÁS

Idade

63

Sexo

M

Estado

GOIÁS

Cidade

GOIÁS

DADOS CADASTRAIS

Declaro, sob as penas da lei, que estou preenchendo este formulário de acordo com a verdade e a boa-fé. (ANEXAR CÓPIA)

Renda mensal

☒ RENDIMENTO FIXO

☐ RENDIMENTO VARIÁVEL

☐ RENDIMENTO MISTO

☐ RENDIMENTO MISTO

☐ SEM RENDA

☐ RENDIMENTO MISTO

☐ RENDIMENTO MISTO

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (reserva para o futuro)

☐ CONTA CORRENTE (para movimentação)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (1001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA

1433

CONTA

41244

8

AGÊNCIA

CONTA

Autorizo a emissão do seguro DPVAT em nome do segurado, com a finalidade de garantir a indenização devida em caso de acidente de trânsito, conforme previsto no Regulamento do Seguro DPVAT, aprovado pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) em 1998.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não houve laudo do IML (Instituto Médico Legal) emitido pelo órgão competente, conforme previsto no Regulamento do Seguro DPVAT, aprovado pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) em 1998.

☒ Não houve laudo do IML emitido pelo órgão competente.

☐ Houve laudo do IML emitido pelo órgão competente, conforme previsto no Regulamento do Seguro DPVAT, aprovado pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) em 1998.

☐ Houve laudo do IML emitido pelo órgão competente, conforme previsto no Regulamento do Seguro DPVAT, aprovado pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) em 1998.

Em caso de acidente de trânsito, o segurado ou beneficiário deve apresentar ao segurador o laudo do IML emitido pelo órgão competente, conforme previsto no Regulamento do Seguro DPVAT, aprovado pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) em 1998.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Existência de outros beneficiários: ☒ Sim ☐ Não

Existência de outros beneficiários: ☐ Sim ☒ Não

Vítima faleceu?

☐ Sim ☒ Não

Se não, faleceu, qual a causa da morte?

Vítima faleceu?

☐ Sim ☒ Não

Se não, faleceu, qual a causa da morte?

Estou ciente

de que este seguro DPVAT é de caráter indenizatório e não de seguro de vida, conforme previsto no Regulamento do Seguro DPVAT, aprovado pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) em 1998.

Declaro, sob as penas da lei, que estou preenchendo este formulário de acordo com a verdade e a boa-fé.



Assinatura do segurado

CPF

TESTEMUNHAS

1º Nome

CPF

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Promotor (se houver)

Assinatura

O(A) segurado(a) ou beneficiário(a) declara, sob as penas da lei, que não possui outro seguro DPVAT em vigor, conforme previsto no Regulamento do Seguro DPVAT, aprovado pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) em 1998.

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

IPS 011/0031/2018





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, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190009861

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do Acidente: 17/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GENIVALDO DE BRITO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13780686





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, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190009861

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do Acidente: 17/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE GENIVALDO DE BRITO

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

Comprovante de residência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00271/00272 - carta_03 - INVALIDEZ

00040136



Carta nº 13761992





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, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190009861 **Vítima:** JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do Acidente: 17/02/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

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. 01845/01846 - carta_02 - INVALIDEZ

00040923



Carta nº 13804563





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, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190009861

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do Acidente: 17/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE GENIVALDO DE BRITO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01481/01482 - carta_25 - INVALIDEZ

00020741





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, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190009861

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do Acidente: 17/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GENIVALDO DE BRITO

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\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001433

Conta: 0000041244-8

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



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Aos Cuidados de: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Nº Sinistro: 3190009861
JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do Acidente: 17/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190009861**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00159/00160 - carta_09 - INVALIDEZ

00060080



Carta nº 13999250



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180236465**
Nome do(a) Examinado(a): **JOSE GENIVALDO DE BRITO**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANTONIO RAFAEL DE FREITAS nº 412 - CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3320743 - SSP**
Data e local do acidente: **17/02/2018 AFOGADOS DA INGAZEIRA/PE**
Data e local do exame: **05/06/2018 MONTEIRO/PB**

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura exposta tornozelo esquerdo

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

vítima queda de moto, deu entrada no Hospital regional de afogados no dia 12/02/18, apresentando fratura exposta em tornozelo esquerdo, encaminhado para hospital regional em Caruaru, foi submetido a procedimento cirúrgico e fixador externo.

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

ao exame apresenta deformação, edema local, dor crônica, restrição de movimento, alterações da marcha e fixador externo em membro inferior / tornozelo esquerdo.

IV. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

vítima com fixador externo, no momento em tratamento.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em **60** dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

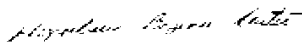
Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE CONCLUSÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: **NAPOLEAO BEZERRA COSTA CRM:9392/PB**



L

:

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Numero do Sinistro ou ASL

CNPJ da Vítima

Nome completo da vítima

633.624.024-49

JOSE GERALDO DE BENE

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço

Bairro

Cidade

UF

CPF

Telefone (DDD)

E-mail

CPF titular da conta

633.624.024-49

Profissão

Administrador

Complemento

112

CEP

01000-000

Telefone (DDD)

191/0303352-69

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Sou, em anexo, copia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RENDIMENTO

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ RENDITA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (33)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAU (341)

OUTRA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (100)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

UF

CEP

Telefone

E-mail

CPF

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

2020/05/10 de 14:24

de 2019

Local e Data

JOSE GERALDO DE BENE

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

APP-001 V001 2017



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CNPJ da Vítima

Nome completo da vítima

653.624.024-49

JOSE GERARDO DE BENE

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

JOSE GERARDO DE BENE

CNPJ titular da conta

653.624.024-49

Profissão

Administrador

Endereço

RUA ALBERTO KALIFE DE FARIAS

Bairro

Centro

Cidade

RECIFE PE

UF

CEP

Telefone (DDD)

Telefone

E-mail

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Sou, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RENDIMENTO

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ RENDIMENTO

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ RENDIMENTO

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (33)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (100)

CONTA CORRENTE (bancos abaixo)

BANCO

Nome

Agência

Conta

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

AGÊNCIA

Nome

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RECIFE, 10 de Maio de 2019.

Local e Data

de 2019.

JOSE GERARDO DE BENE

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 180ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARNAÍBA -
DP101ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0270000231**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/05/2018 às
21:30

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 17/2/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO CURRAL VELHO - AFOGADOS DA
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA
INGAZEIRA, 1 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA / ESTRADA VICINAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSÉ GENIVALDO DE BRITO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a)
JOSÉ GENIVALDO DE BRITO

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

**JOSÉ GENIVALDO DE BRITO (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA
BRITO DE ALMEIDA Data de Nascimento: 07/7/1987 Nacionalidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA -
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3328743/SSP/PE (RG), 03982482448 (CPF)
01655893843 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão:
AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: RUA ANTONIO RAFAEL DE FREITAS, 412 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO
- AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEÍCULO (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a) JOSÉ GENIVALDO DE BRITO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/GO 125 Objeto apreendido: NÃO.**



Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLO4888** (PERNAMBUCO/AFOGADOS DA INGAZEIRA) Renavam: **741060140** Chassi: **802JC3826YR002411**
 Ano Fabricação/Modelo: **2000/2000**
 Descrição: **A MOTOCICLETA ESTÁ EM NOME DE FERNANDES DA SILVEIRA RAMOS**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE VINHA DO SÍTIO CURRAL VELHO, ZONA RURAL DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, QUANDO EM UMA CURVA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA EM QUE PILOTAVA, NA TENTATIVA DE DESVIAR DE UM VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO. O MESMO FOI AO SOLO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL REGIONAL DE AFOGADOS DA INGAZEIRA. ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA.

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

JOSÉ GENIVALDO DE BRITO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RENATA JANAÍNA B. VASCONCELOS - MAT. 273.627-6**
 Matrícula: **273.627-6**



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante de Vera assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso, em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima

JOSE CARLOS DE MELLO JUNIOR

CPI da Vítima

13825462449

Data do Acidente

17.02.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPI do Representante Legal

Local

Telefone (RTP)

(18) 35635 5265

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 1.947/74), uma vez que:

Assinar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento de IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias no prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para o caso de morte ou invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o processamento e a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), com o ardando, desde que, em que submeter a pericia medica as curtas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e extensão do grau de lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 1.947/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização desta perícia não significa a prorrogação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Local e data: 12 de 04 de 2018

do 2018

Local e data:

JOSE CARLOS DE MELLO JUNIOR

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

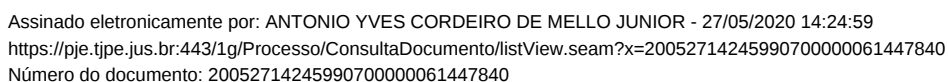
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAI 1.001.9301/2017



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS		Unidade: <u>H. R. E. C. - Tricentenário</u>		Data: <u>17.02.18</u>		
PACIENTE	Nome:	<u>José Genival de Brito</u>			Idade:	
	Residência:	<u>Estrada Municipal Rafael de Freitas</u>			Telefone:	
RESPONSÁVEL	Nome:	<u>Mãe: Ana Almeida de Brito</u>			Idade:	
	Residência:	<u>Sus:</u>			Telefone: <u>(87) 99625513</u>	
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	
SEGURO		<u>APICULTOR</u>	☒ MASC ☐ FEM	<u>09/07/68</u>	☒ BRASILEIRO ☐ ESTRANGEIRO	
ESPOSA						
FILHO						
OUTROS						<u>PE</u>
DOCUMENTO DE IDENTIDADE						
NÚMERO		ÓRGÃO EMISSOR				
PACIENTE CHEGOU		AMBULANCIA CHEGOU	PACIENTE CHEGOU	ATENDIMENTO		
☐ ANDANDO ☐ DE AUTO		☐ SAÍDA	☐ CHEGADA	<u>15:32</u> MIN		
☐ AMBULANCIA ☐ OUTROS		☐ CHEGADA	☐ SAÍDA	☐ ACIDENTE DE TRABALHO ☐ CAÍDA DE ALTURA		
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA			
MAX	MIN		AXILAR	BUCAI		
Exames Complementares						
<u>RMO NOTIFICADO</u>						
<u>PA = 120X90 mmHg, 16.25</u>						
Tratamento						
<u>SF 0,9% 1000ml</u>						
<u>FRAMIN 100mg + 10ml SF</u>						
<u>1000X42X50</u>						
<u>apêndice 2g e 10mg</u>						
<u>- SPT 500mg 5ml</u>						
10.583.920/0010-24 HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO Av. Manoel Viegas Sobrinho, S/N - KM 01 PE 320 CEP: 55.000-000 - Aracaju - PE						
EXCELSA SECRETARIA DE SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE						
Destino Dado ao Paciente			Impressão Diagnóstica			
☐ Residência ☐ Internado			<u>Fraturas expostas m.e</u>			
Encaminhado						
Removido						
Obito de: <u>11</u> Min do			Lição Concluída			
Data: <u>17/02/18</u>			<u>10082303</u>			
Assinatura do IMI			Assinatura			



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: 12/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GENIVALDO DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01433

CONTA: 000000041244-8

Nr. da Autenticação 4B977FAE8984CDD8



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0008943-03



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

MARIA MARCARIDA PEREIRA AMARAL

CPF 089.618.834-03

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DAHO JOSE DA SILVA 80 -A

CENTRO/CARNALHA
50820-000 CARNALHA 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

15/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

173,62

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/05/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/05/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

015598080

CONTA CONTRATO

007024476434

Nº DO CLIENTE

2015280018

Nº DA INSTALAÇÃO

0006374004

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

A025.B973.2CD9.F64B.A8D6.EE6A.500F.7B53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	203,00	0,71942094	146,04
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,72
Contribuição Iluminação Pública			21,04
ICMS Subvenção-CDE-NF 007088976-07/03/18			1,76
Multa por atraso-NF 011726481 - 08/04/18			3,14
Juros por atraso-NF 011726481 - 08/04/18			0,57
Atualização IGPM-NF 011726481 - 08/04/18			0,35
TOTAL DA FATURA			173,62

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COPIS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
146,76	25,00	36,69	146,76	1,12	1,64
			146,76	5,32	7,80

EXCELSIOR SEGUROS

77 MAI 2018

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,46123406

HISTÓRICO DO CONSUMO

	MAI	18	kWh
Consumo Ativo(kWh)	0,46123406		203
	ABR	18	236
	MAR	18	277
	FEV	18	342
	JAN	18	300
	DEZ	17	283
	NOV	17	196
	OUT	17	121
	SET	17	119
	AGO	17	98
	JUL	17	99
	JUN	17	100
	MAI	17	132

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	40,45	27,90
Transmissão	4,08	2,77
Distribuição (Celpe)	33,48	22,80
Reserva Bateria	12,81	8,99
Tributos	46,13	31,43
TOTAL	146,76	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÊTRON	TIPO DA PUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000318118648	CAT	08/04/2018	2 480,00	08/05/2018	2 783,00	12	1,00000	0,00	303,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/06/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
DIC-Nº de horas sem Energia AFOGADOS DA		0,00	11,45	22,90	45,80
FIQ-Nº de vezes sem Energia INGAZEIRA		0,00	7,74	19,40	30,98
DIC1-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	6,30	0,00	0,00
DIC11-Duração de Interrupção em dia útil					Limite DIC1: 18,90
EUUSD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 82,03					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 8,47% para Baixa Tensão e 9,90% para Alta Tensão-REH 2.388/18.
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 para multa 2%(Res 414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL 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
007024476434	05/2018	173,62	15/05/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

http://autotendimento.celpe.com.br/NDP_DCSFUCES_D-homo-nao-grw-cap.com/servlet/login.do?esta=compoto&id=000000061447840



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 221204 (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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção a 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 COAF**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, 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 Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 008 118 181 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Geraldo de Siqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 039 624 624 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima João Geraldo de Siqueira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 039 624 624 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

1) Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

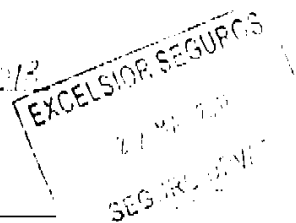
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua, 1000 - Jd. da Liberdade</u>	Número <u>39 A</u>	Complemento <u>casca</u>
Bairro <u>Liberdade</u>	Cidade <u>Leopoldina</u>	UF <u>PA</u>
Telefone comercial(DDD) _____		Telefone celular (DDD) _____
E-mail _____		CEP <u>66800-000</u>

Leopoldina, 21 de Junho de 2018
Local e Data

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura do Declarante



DECLAR 001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MANOEL DA SILVA RIBEIRO,
RG nº 4568910, data de expedição 01/10/2015,
Órgão PE/PE, portador do CPF nº 850.479.044-42, com
domicílio na cidade de INGAZEIRA, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
MANOEL BOMBA, 23-A, CENTRO, nº 415,
complemento 1014, 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 YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, cujo o condutor era
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR.

Veículo: GRAND PRINCE
Modelo: GRAND PRINCE
Ano: 2004
Placa: KAC-9558
Chassi: 9CR3003000-800-2411
Data do Acidente: 27/05/2020
Local e Data: BRASÍLIA, 27/05/2020



Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

EXCELSUS SEGUROS
27/05/2020
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)



Assinatura eletrônica de ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR em 27/05/2020 às 14:24:59.
Assinatura eletrônica de ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR em 27/05/2020 às 14:24:59.
Assinatura eletrônica de ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR em 27/05/2020 às 14:24:59.
Assinatura eletrônica de ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR em 27/05/2020 às 14:24:59.
Assinatura eletrônica de ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR em 27/05/2020 às 14:24:59.
Assinatura eletrônica de ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR em 27/05/2020 às 14:24:59.

T ABELIONATO DE NOTAS DE AFOGADOS DA INGAZILIRA
CNPJ: 28.911.716/0001-92
AV. MANOEL BOMBA, 23-A, CENTRO-NOSSOS DA INGAZILIRA-PE
www.tabelionatodenotas.org
FONE: (81) 9.9512-4232



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS		Unidade: H. R. E. C - Tricentenário				Data: 17.02.18	
PACIENTE	Nome: José Genival de Brito					Tipo de ocorrência	
	Residência: End: Avenida Raposo de Freitas					Telefone	
RESPONSÁVEL	Nome: Mãe: Ana Almeida de Brito					Telefone	
	Residência: Sus: (87) 996255134						
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
☐ SEGURADO ☐ ESPOSA ☐ FILHO ☐ OUTROS		Agricultor	☒ MASC ☐ FEM	09/02/68	☒ BRASILEIRO ☐ ESTRANGEIRO ☐ UI PE	NUMERO: _____ ORGÃO EMISSOR: _____	
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA		PACIENTE / HORA		ATENDIMENTO	
☐ ANDANDO ☐ DE AUTO ☐ AMBULÂNCIA ☐ OUTROS		SAÍDA CHEGADA		CHEGADA SAÍDA		15:32 MIN ☐ ACIDENTE DE TRABALHO ☐ CASO FATAL	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		Exames Complementares		
MAX	MIN		AXILAR	RETAL	Rmo NOTIFICADO PA = 120X90 mmHg, 16:25		
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico Sinais - Sintomas					Tratamento		
Trauma no tórax súbito moto com trauma MIE MGS para as costelas dores incômodas de alcool MGS sus com EF REG BEN WTS SAS Hipocondrio 1+/4+ Dorsos 1+/4+ AC BUNNIE 2+ S/S FCBB PA 100X60 DP MVE 8/RS ASD BEM CARIADO, Rts + FUSCITO, INFLOR BBE Queda exte EXT FISTULA exte MIE					SF 0.9% 1000ml tramv 100g + 100ml SF imoz 400mg apolone 2g em 200ml - SAT 95% em 5m		
Destino Dado ao Paciente					Impressão Diagnóstica		
☐ Residência ☐ Internado Encaminhado Removido					FISTULA exte MIE		
Óbito às _____ H _____ Min do _____					Licença Concedida		
Data _____					159235700 27/02/2018		
Assinado ao IMI					Assinatura _____		

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
X GERES - AFOGADOS DA INGAZEIRA
HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA

H.R.E.C

SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO		VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
NOME:					IDADE:
SITUAÇÃO / QUEIXA: <i>pac em acidente de moto com fratura exposta na perna e</i>					
PROCEDÊNCIA					
RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE		
DOENÇAS PREEXISTENTES: <i>nenh</i>					
INTOLERÂNCIA/ALERGIA: <i>nenh</i>					
PARÂMETROS					
PA	P	R	T	SpO2	HGT
REGUA DE DOR	LEVE	MODERADA		GLASGOW	PESO
ACIDENTE DE TRABALHO () SIM ☒ NÃO					
CONSCIENTE	ORIENTADO	DESORIENTADO	ANSIOSO	CALMO	
AGITADO	TORPOROSO	COMATOSO	NÃO ATENDE VOZ DE PMANDO		

RITMO SINUSAL	PALPITAÇÕES	TAQUICARDIA	BRADICARDIA
DISPNEIA AOS ESFORÇOS	DISPNEIA EM REPOUSO	DISPNEIA P. NOTURNA	
CIANOSE	PALIDEZ	SUDORESE	

DOR TORÁCICA			
INTENSA	MODERADA		LEVE
DURAÇÃO DA DOR	LOCALIZAÇÃO		
IRRADIAÇÃO DA DOR			
BRAÇO E	BRAÇO D	ABDOME	ESCÁPULA
MANDÍBULA		TÓRAX POSTERIOR	
DOR PRESENTE			
EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS		QUANDO RESPIRA

ESTASE JUGULAR	EDEMA DE MMII	EDEMA DE FACE	EDEMA OUTROS
DEFICIT MOTOR FACE	DM MSE	DM MSE	DM MID
			DM MIE

FLEXOGRAMA

ao ortopedista / traumatologista



GO PUBLICA E TO RATIVA DO BRASIL

JOSE GENIVALDO DE SAITO

3320742 SUP PE

CPF 638.624.626-48 DATA NASCIMENTO 09/07/1967

DECLARACAO

NAO DECLARADO

ANA SAITO DE ALMEIDA

CPF 015.000.934-3 VALIDADE 22/12/2000

Observações

sem observações

JOSE GENIVALDO DE SAITO

LOCAL AFORAGADO DA INSSAETRA - PE DATA EMISSAO 11/01/2017

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

78965241619 78977109619

PERNAMBUCO

EXCELSIOR SEGUROS

27 MAR 2017

SEGURO CIVIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
DIRETORIA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

RUBENVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR
R349959 RNF PA

CPF 008.748.134-09 DATA NASCIMENTO 28/12/1979

PLACAÇÃO
RUBENVAL AMARAL DE LIRA
LIRA
MARIA MANGABEIRA
PEREIRA AMARAL DE LIRA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. AN

Nº PERMISSÃO 04821735979 VALIDEZ 31/10/2019 EXPIRAÇÃO 30/11/2020

Observações
sem observações

Assinatura do solicitante

LOCAL AVOGADOR DA INGENHEIRA - PE DATA EMISSÃO 23/10/2019

Assinatura do emitente

03942782637
PROB41418233

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

VALIDAR EM 1990
O REGISTRO NACIONAL
967049380

PROB41418233
967049380

EXCELSIOR SEGUROS
27 MAR 2020
SEGURANÇA



